MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ MÉDICALE ET À SA FACTURATION EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Bulletin officiel
Nº 2012/2 *bis*
Fascicule spécial

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ MÉDICALE ET À SA FACTURATION EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Date de publication : mars 2012
Directeur de la publication : François Carayon
Rédactrice en chef : Catherine Baude

Réalisation : bureau de la politique documentaire
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP, tél. : 01-40-56-45-44

Ce guide, applicable à partir du 2 janvier 2012, est l'annexe II de l'arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 30 juin 2011 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-SSR »). Il annule et remplace le *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation* (*Bulletin officiel spécial* n° 2011/2 *bis*).

Des informations complémentaires sont disponibles :

- sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;
- dans le *Guide de lecture et de codage* de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) ;
- dans le *Manuel de groupage PMSI – Soins de suite et de réadaptation* : *Bulletin officiel spécial* n° 2012/1 *bis* ;
- dans le volume 2 de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e révision (CIM–10). OMS éd.

Il est en outre conseillé de se reporter en tant que de besoin aux textes officiels cités dans ce guide : codes de la santé publique et de la sécurité sociale, autres textes législatifs et règlementaires, circulaires et instructions.

LE PMSI EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en soins de suite et de réadaptation (SSR) des établissements de santé publics et privés repose sur le recueil systématique de données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge, normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, qui s'appliquent aux établissements de santé, publics et privés, en matière d'analyse de leur activité.

Les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ayant une activité autorisée en soins de suite et de réadaptation, quel que soit leur mode de financement, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge en hospitalisation, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation.

L'enregistrement de l'activité est réalisé par semaine calendaire sous la forme d'un *résumé hebdomadaire standardisé* (RHS)[1]. Ce recueil couvre l'hospitalisation ; il ne couvre ni l'activité de consultation et de soins externes de SSR réalisée dans les établissements de santé, ni les actes réalisés par les intervenants de SSR pour des patients hospitalisés dans un autre champ d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie...). Les informations du RHS constituent un résumé normalisé et codé conforme au contenu du dossier médical du patient.

Le recueil d'informations portant sur la facturation prend une forme qui dépend du mode de financement, dotation annuelle ou objectif quantifié national.

Les recueils d'informations sur l'activité et sa facturation sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (é-PMSI). Sur celle-ci, les données transmises sont analysées selon un schéma standardisé et le résultat présenté sous forme de tableaux consultables et téléchargeables par les établissements. La validation des tableaux par les établissements les rend disponibles à leurs services de tutelle (agence régionale de santé, assurance maladie). Les fichiers transmis et validés alimentent une base nationale de données du PMSI en SSR, constituée sous la responsabilité de l'État, et réglementée selon l'arrêté du 30 juin 2011 modifié[2].

Ce guide comporte deux parties. Dans la première, le chapitre I précise pour chaque information contenue dans les RHS, son origine et les nomenclatures de codage. Le

---

[1] Le rythme hebdomadaire de recueil de l'activité est motivé par la durée de prise en charge en SSR, qui peut être longue. Il a été établi à la demande des professionnels pour faire état de l'évolution des patients.

[2] Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-SSR »).

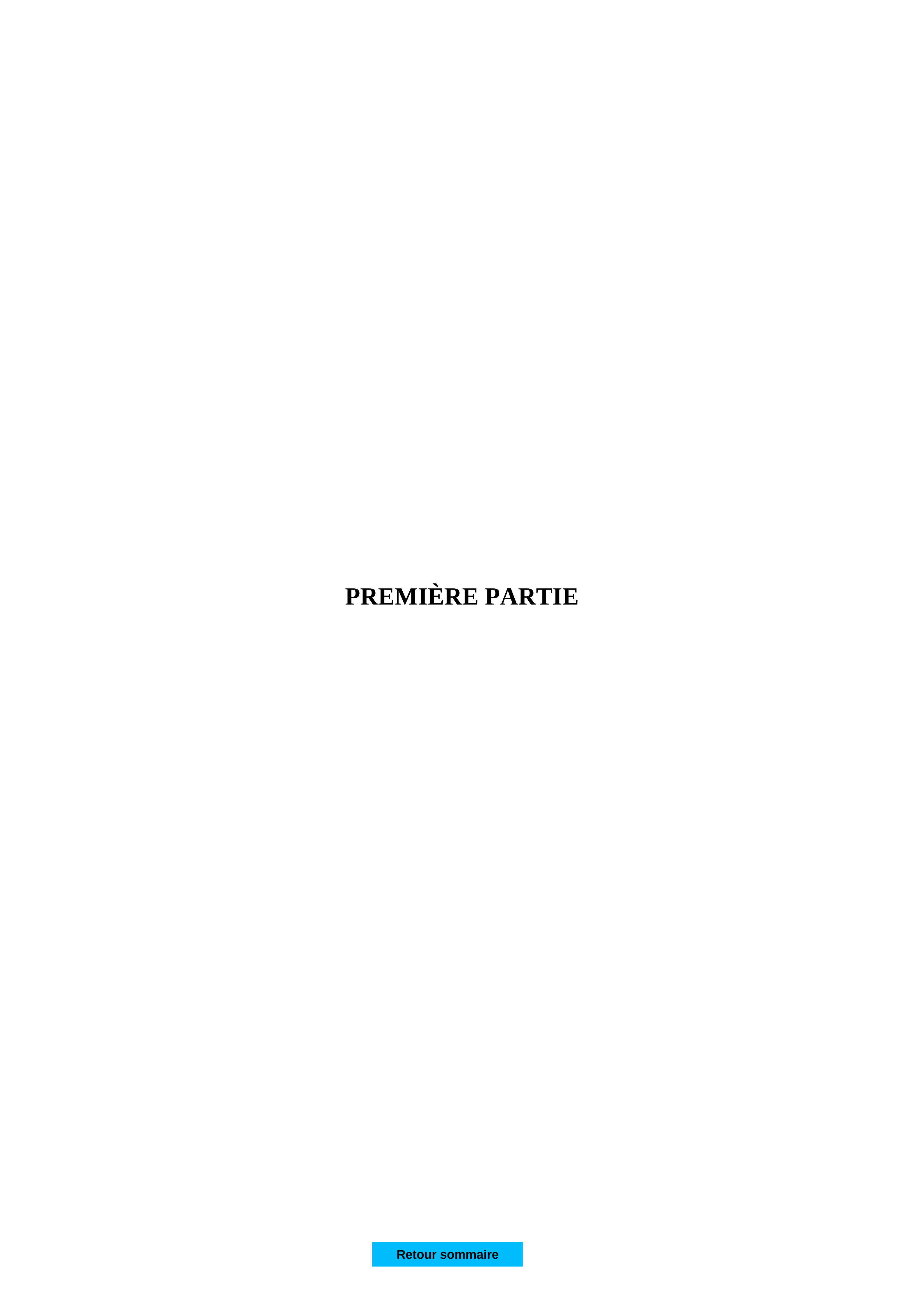
chapitre II décrit le recueil des informations relatives à la facturation de l'activité. Le chapitre III expose les modalités techniques de la transmission des informations et du chainage anonyme des recueils, et les obligations en matière de qualité, de confidentialité et de conservation des informations.

La deuxième partie veut être pratique. Elle comporte un rappel des règles de hiérarchisation et de codage des informations de morbidité, une présentation détaillée de la cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne* et de nombreux exemples destinés à faciliter l'enregistrement des informations.

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE

DEUXIÈME PARTIE



PREMIÈRE PARTIE

Retour sommaire

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

L'identification de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR) public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées constituant le **résumé hebdomadaire standardisé** (RHS), et sur le traitement méthodique de ces données.

Toute hospitalisation dans le champ d'activité des SSR d'un établissement de santé, avec ou sans hébergement, doit donner lieu à la production de RHS.

L'anonymisation du RHS est à l'origine du **résumé hebdomadaire anonyme** (RHA) qui est transmis à l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement.

Aux RHS s'ajoutent des recueils d'informations relatives à la facturation de l'activité, décrits dans le chapitre II.

Le présent chapitre décrit les conditions de production et le contenu du RHS et du RHA.

1. CONDITIONS DE PRODUCTION DES INFORMATIONS D'ACTIVITÉ

Le champ d'activité des soins de suite et de réadaptation est constitué par l'ensemble des unités médicales d'un établissement de santé autorisées à dispenser des soins de suite et de réadaptation conformément aux articles L. 6122-1 et suivants du code de la santé publique.

On désigne par **unité médicale** (UM) un ensemble individualisé de moyens assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé.

Le découpage en UM est en effet du ressort de l'établissement. Toutefois, pour des raisons de cohérence entre les modalités médicales et comptables de découpage, une UM ne peut appartenir qu'à une section d'analyse comptable (SA), une UM ne peut pas être partagée entre deux SA[1].

Dans les établissements de santé financés par dotation annuelle (dotation annuelle de financement, DAF), une unité médicale correspond à une ou plusieurs unités fonctionnelles ayant une même autorisation d'activité de soins (décrets n° 2008-376 et n° 2008-377 du

[1] « Le découpage en sections d'analyse (SA) doit être cohérent avec le découpage en UM [...] pour rapprocher sans ambiguïté activité, moyens et recettes […] Cela signifie qu'il faut être capable de superposer une SA avec une UM[...] ou un regroupement d'UM[...] du même champ » (*Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*).

17 avril 2008). Dans les établissements de santé financés par objectif quantifié national, elle correspond en règle générale à une discipline médicotarifaire (discipline de prestation).

L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de SSR est le facteur déclenchant de la production du résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Tout séjour qui a donné lieu à l'enregistrement administratif d'une admission dans une unité médicale d'hospitalisation de SSR entraine la production d'un RHS au terme de chaque semaine dans l'unité. Lorsqu'un patient fréquente plusieurs unités médicales au cours de la même semaine, il est produit pour la dite semaine autant de RHS que d'unités médicales fréquentées.

Par **hospitalisation** on entend :

- l'hospitalisation complète – dont l'hospitalisation de semaine –, ou hospitalisation avec hébergement ;
- l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit, et les séances, ou hospitalisation sans hébergement.

Par référence à la *statistique annuelle des établissements de santé* (SAE), le champ de production d'un RHS en SSR inclut les *formes d'activité* (FA) suivantes :

- hospitalisation complète en fonctionnement permanent (FA 03) et de semaine (FA 20) ;
- hospitalisation à temps partiel de jour (FA 04) et de nuit (FA 05) ;
- séances (traitements et cures ambulatoires) : FA 19.

Dans le cadre de l'hospitalisation complète, la présence des patients est continue (hors permission). Pour les autres types d'hospitalisation, les séjours peuvent recouvrir des présences discontinues. Il ne peut être produit de RHS qu'au titre d'une semaine au cours de laquelle le patient a été présent en hospitalisation (*i .e.* une semaine comptant au moins une journée de présence au sens du point 2.1.3.1 de ce chapitre). En hospitalisation de jour, par exemple, il n'est pas produit de RHS pour une semaine au cours de laquelle le patient n'a jamais été présent, sans que cela interrompe le séjour.

Le recueil d'informations au cours d'un séjour en SSR a lieu selon un rythme hebdomadaire calendaire, du lundi au dimanche. Ainsi chaque séjour donne lieu à la production d'au moins autant de RHS qu'il a compté de semaines calendaires.

2. CONTENU DU RECUEIL

2.1 LE RÉSUME HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

Le RHS comporte des informations administratives, démographiques, et des informations relatives à la morbidité et à la prise en charge médicale et paramédicale du patient. Parmi les premières on distingue celles qui sont constantes au cours du séjour, communes aux unités médicales fréquentées par le patient, et celles qui sont propres à chaque unité médicale.

Les informations du RHS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient (arrêté « PMSI-SSR »[2]). Le contenu du dossier médical est décrit dans l'article R. 1112-2 du code de la santé publique.

2.1.1 Informations constantes durant le séjour

❒ Numéro de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Il s'agit :

- du numéro FINESS de l'entité juridique pour les établissements publics ;
- du numéro FINESS de l'entité géographique pour les établissements privés.

Il est recommandé à chaque établissement de vérifier cette information au moyen du site internet du fichier FINESS, : il est indispensable que le numéro FINESS contenu dans les RHS soit identique à celui avec lequel l'établissement est enregistré sur la plateforme d'échange é-PMSI pour pouvoir effectuer correctement la transmission des informations (voir le point 1 du chapitre III).

❒ Numéro de séjour SSR

Identifiant correspondant à l'ensemble de l'hospitalisation en SSR :

- dans l'entité juridique, s'agissant des établissements de santé publics ;
- dans l'entité géographique, s'agissant des établissements de santé privés.

Il est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il peut être le numéro administratif de séjour (voir ci-dessous). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre les deux numéros et pour chaque séjour il ne doit alors exister qu'un seul couple *numéro de séjour administratif – numéro de séjour SSR*.

Les RHS de patients distincts doivent comporter des numéros de séjour SSR distincts. Les RHS d'un même patient correspondant à des séjours distincts doivent comporter des numéros de séjour SSR distincts.

Dans le cas d'un séjour donné, les RHS produits constituent un ensemble d'enregistrements jointifs possédant tous le même numéro de séjour SSR.

Le numéro de séjour SSR doit changer en cas de changement de *type d'hospitalisation* (voir *infra* ce qui concerne cette information). Chaque séjour correspond à un seul type d'hospitalisation : complète (y compris de semaine), partielle (de jour ou de nuit) ou en séances.

Il est rappelé que, dans le cadre de l'hospitalisation complète, la présence des patients est continue (hors permission). Pour les autres types d'hospitalisation, les séjours peuvent recouvrir des présences discontinues (par exemple, hospitalisations de jour les mardi et vendredi de chaque semaine).

Le séjour n'est pas interrompu et le numéro de séjour SSR ne change pas :

- en cas de permission (voir *infra* dans le point 2.1.2 l'information « mode de sortie ») ;

[2] Arrêté du 30 juin 2011 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

- lorsqu'un patient en hospitalisation de jour est absent une semaine ; celle-ci ne donne pas lieu pas lieu à la production d'un RHS mais le même numéro de séjour SSR est enregistré dans les RHS qui précèdent et suivent la semaine sans RHS ;
- en cas de recours à un autre champ d'activité (MCO, psychiatrie...) du même établissement d'une durée maximum de deux journées (au plus une nuit) ;
- en cas de recours à un autre établissement dans le cadre de prestations interétablissements (voir plus loin le point 3 de ce chapitre).

Dans le cas d'un patient en hospitalisation complète sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, auquel est attribué un numéro de séjour SSR unique. Ce séjour donne lieu à la production :

- d'un RHS unique si le patient revient dans même unité médicale ;
- de deux RHS si l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie ; le mouvement enregistré entre les deux est alors une mutation (voir *infra* dans le point 2.1.2 les informations « mode d'entrée » et « mode de sortie »).

❒ Numéro administratif de séjour

Il est attribué par les services administratifs de l'établissement de santé[3].

Dans les établissements privés financés par OQN, il peut être identique au « numéro d'entrée » de la facture du séjour (voir le point 1 du chapitre II).

Le numéro de séjour SSR (voir ci-dessus) peut être le numéro administratif de séjour (NAS). S'ils sont différents, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre les deux numéros et pour chaque séjour il ne doit alors exister qu'un seul couple *numéro de séjour administratif – numéro de séjour SSR*.

Le NAS devrait être propre au séjour dans le champ d'activité des SSR. Lorsqu'un patient entre dans ce champ par mutation depuis un autre (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO –, psychiatrie… ; voir plus loin ce qui concerne les informations « mode d'entrée » et « provenance »), il est recommandé qu'un NAS différent du précédent soit créé pour le séjour en SSR. De même, lorsqu'un patient sort de SSR par mutation vers un autre champ (voir plus loin ce qui concerne les informations « mode de sortie » et « destination »), un NAS différent de celui de SSR devrait être créé pour le champ suivant.

❒ Date de début du séjour : jour, mois et année

Elle est unique pour un séjour en SSR donné, identifié par un numéro de séjour SSR donné. Elle change lors de chaque séjour en SSR, à l'instar du numéro de séjour SSR. La date de début du séjour doit être enregistrée dans tous les RHS du séjour en SSR.

❒ Date de fin du séjour: jour, mois et année

Elle est unique pour un séjour en SSR donné, identifié par un numéro de séjour SSR donné. Elle change lors de chaque séjour en SSR, à l'instar du numéro de séjour SSR. La date de fin du séjour doit être enregistrée au moins dans le RHS de la dernière semaine du séjour en SSR.

❒ Date de naissance du patient : jour, mois et année

Elle est recueillie par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie[4].

---

[3] Il est propre au séjour. Il ne doit pas être confondu avec le numéro (identifiant) permanent du patient.

Retour sommaire

❒ Sexe du patient

Il est recueilli par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie.

Code 1 *Masculin*

Code 2 *Féminin*

❒ Code postal du lieu de résidence du patient

Il est le code postal du lieu de résidence pour les patients résidant en France, ou le code du pays de résidence pour les patients résidant hors de France.

Si le code postal précis est inconnu : on enregistre le numéro du département suivi de 999.

Si le patient réside en France mais que le département est inconnu : on enregistre 99100.

Pour les patients résidant hors de France : on enregistre 99 suivi du code INSEE du pays.

Si le pays de résidence est inconnu : on enregistre 99999.

Pour un patient hospitalisé depuis plusieurs années dans un établissement de SSR, le code postal de résidence est celui du dernier lieu de résidence connu. Lorsque le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale devenue son domicile, il convient de saisir le code postal de la commune de cet établissement. Les codes postaux de types *CEDEX* ne doivent pas être utilisés.

Dans le cas d'un enfant hospitalisé depuis sa naissance (en MCO puis en SSR), le code postal est celui de la résidence de la mère.

Le code postal d'une personne détenue est celui de l'établissement pénitentiaire de provenance.

Lorsqu'une personne admise dans un établissement de santé demande à garder **l'anonymat** conformément aux articles R. 1112-28 et R. 1112-38 du code de la santé publique (CSP), les informations d'identification sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro de séjour SSR et au numéro administratif du séjour. Le code postal de résidence enregistré est « 99999 » (article R. 6113-1 du CSP).

❒ Date de la dernière intervention chirurgicale

Pour les patients admis en SSR après une intervention chirurgicale, la date de l'intervention doit être saisie si deux conditions sont satisfaites :

- le séjour chirurgical a immédiatement précédé l'admission en SSR ;
- la prise en charge principale en SSR est en relation avec l'intervention.

❒ Type d'hospitalisation

Cette variable fait uniquement référence à la distinction entre hospitalisation complète (y compris de semaine), partielle (de jour ou de nuit) et en séances.

À chaque séjour en SSR correspond un *type d'hospitalisation* et un seul, à coder selon la nomenclature suivante.

Code 1 *Hospitalisation complète (y compris de semaine)*

[4] Si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut le 1er jour du mois (« 01 »). Si le jour et le mois ne sont pas connus, on enregistre par défaut la date du 31 décembre de l'année de naissance. Si l'année n'est pas connue précisément, on enregistre par défaut la décennie (par exemple, « 1950 »).

Code 2 *Hospitalisation partielle de jour*

Code 3 *Hospitalisation partielle de nuit*

Code 4 *Séances (traitements et cures ambulatoires)*[5]

Un changement de type d'hospitalisation impose un changement de numéro de séjour SSR.

2.1.2 **Informations propres à l'unité médicale et aux mouvements du patient**

❒ Numéro d'unité médicale

Le numéro de l'unité médicale (UM) enregistré dans le RHS est celui de l'UM dans laquelle le patient est présent. Ce numéro est conforme au fichier structure de l'établissement.

Lorsqu'un patient fréquente plusieurs unités médicales au cours de la même semaine, il est produit autant de RHS que d'unités médicales fréquentées.

❒ Type d'autorisation de l'unité médicale

Le *type de l'autorisation* de l'UM est enregistré avec 3 caractères selon la nomenclature suivante :

- le 1er caractère est toujours égal à « 5 » ;
- le 2e caractère correspond à l'une des 10 modalités suivantes :

Code 1 *Affections de l'appareil locomoteur*

Code 2 *Affections du système nerveux*

Code 3 *Affections cardiovasculaires*

Code 4 *Affections respiratoires*

Code 5 *Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien*

Code 6 *Affections oncohématologiques*

Code 7 *Affections des brulés*

Code 8 *Affections liées aux conduites addictives*

Code 9 *Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance*

Code 0 *Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents*

- le 3e caractère correspond à la catégorie d'âge des patients pris en charge :

Code A *Adulte, âge égal ou supérieur 18 ans*

Code J *Juvénile, âge égal ou supérieur à 6 ans et inférieur à 18 ans*

Code E *Enfant, âge inférieur à 6ans*

Code P *Pédiatrie indifférenciée (âge inférieur à18 ans et pas de distinction entre E et J)*

❒ Date d'entrée dans l'unité médicale : jour, mois et année

Il s'agit de la date d'admission dans l'UM de SSR. Pour la 1ère semaine de prise en charge elle est égale à la date de début du séjour. En cas d'entrée par mutation en provenance d'une autre unité médicale de SSR, la date d'entrée est égale à la date de sortie de l'unité de provenance.

---

[5] Par rapport à la nomenclature des formes d'activité (FA) de la *Statistique annuelle des établissements* (se reporter au point 1 du chapitre), le code 1 correspond aux FA 03 et 20, le code 2 à la FA 04, le code 3 à la FA 05, le code 4 à la FA 19.

Retour sommaire

❐ Mode d’entrée dans l’unité médicale

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*. Le mode d’entrée dans l’UM est codé selon la nomenclature suivante.

Code 6 *Mutation*

Le patient vient d’une autre unité médicale d’hospitalisation appartenant :

- à la même entité juridique, s’agissant des établissements de santé publics ;
- à la même entité géographique, s’agissant des établissements de santé privés.

Une entrée en SSR d’un patient bénéficiant d’une hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l’HAD appartient, selon le cas, à la même entité juridique ou à la même entité géographique.

Dans le cas d’un patient en hospitalisation complète, sorti puis réadmis le même jour calendaire, lorsque l’unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, deux RHS sont produits et le mouvement enregistré entre les deux est une mutation.

Code 7 *Transfert définitif*

Le patient vient :

- d’une unité d’hospitalisation d'une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- d’une unité d’hospitalisation d'une autre entité juridique ou d’une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Une entrée en SSR d’un patient depuis le domicile ou son substitut lorsque le patient y bénéficiait d’une hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme un transfert si l’HAD appartient, selon le cas, à une autre entité juridique ou à une autre entité géographique.

Code 0 *Transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*

Voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements* de ce chapitre.

Code 8 *Domicile*

Le patient vient de son domicile personnel ou de son substitut, tel une structure d’hébergement médicosociale[6]. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique, notamment pour les patients sans abri.

❐ Provenance, si le mode d’entrée le nécessite ; son codage précise :

- en cas d’entrée par mutation ou par transfert (définitif ou provisoire) :

Code 1 *En provenance d'une unité de MCO*

Code 2 *En provenance d'une autre unité de SSR*

Dans le cas d’un patient en hospitalisation complète, sorti puis réadmis le même jour calendaire, lorsque l’unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation et la provenance est codée « 2 ».

Code 3 *En provenance d'une unité de soins de longue durée*

Code 4 *En provenance d'une unité de psychiatrie*

Code 6 *En provenance de l’hospitalisation à domicile*[7]

---

[6] Établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Par exemple, établissement d’hébergement pour personnes âgées (EHPA), logement-foyer pour personnes âgées, maison de retraite, section de cure médicale, établissement d’hébergement pour enfants ou adultes handicapés.

[7] Avant son hospitalisation en SSR, le patient était pris en charge par une structure d’hospitalisation à domicile.

- en cas d'entrée à partir du domicile :

Code 5 *En provenance d'une structure d'accueil des urgences*
On utilise le code « 5 » de provenance lorsque le patient a été admis en SSR directement – c.-à-d. sans hospitalisation préalable en MCO, unité d'hospitalisation de courte durée comprise – depuis une structure d'accueil des urgences, qu'elle soit celle de l'établissement de SSR ou celle d'un autre établissement.

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale*[6]

NB : lorsqu'un vient d'une structure d'hébergement médicosociale et passe par une structure d'accueil des urgences, il faut privilégier le code de provenance « 5 » aux dépens du code « 7 ».

Lorsqu'un patient est hospitalisé en SSR directement depuis son domicile personnel (à l'exclusion d'une structure d'hébergement médicosocial), le code du mode d'entrée est « 8 », il n'est pas saisi de code de provenance.

❒ Date de sortie de l'unité médicale : jour, mois et année

Cette information doit figurer au moins dans le RHS de la semaine au cours de laquelle a lieu la sortie de l'unité médicale (quel qu'en soit le mode).

❒ Mode de sortie de l'unité médicale

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*. Le mode de sortie de l'UM est codé selon la nomenclature suivante.

Code 6 *Mutation*
Le patient sort vers une autre unité médicale appartenant :
- à la même entité juridique, s'agissant des établissements de santé publics ;
- à la même entité géographique, s'agissant des établissements de santé privés.

Une sortie de SSR vers le domicile ou son substitut lorsque le patient y bénéficiera d'hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l'HAD appartient, selon le cas, à la même entité juridique ou à la même entité géographique.
Dans le cas d'un patient en hospitalisation complète, sorti puis réadmis le même jour calendaire, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, deux RHS sont produits et le mouvement enregistré entre les deux est une mutation.

Code 7 *Transfert définitif*
Le patient sort vers :
- une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- une autre entité juridique ou une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Une sortie de SSR vers le domicile ou son substitut lorsque le patient y bénéficiera d'hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme un transfert si l'HAD appartient, selon le cas, à une autre entité juridique ou à une autre entité géographique.

Code 0 *Transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*
Voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements* de ce chapitre.

Code 8 *Domicile*
Le patient retourne à son domicile personnel ou à son substitut (se reporter au mode d'entrée *domicile*).

Code 9 *Décès*
Le patient est décédé dans l'unité médicale.

Retour sommaire

❒ Destination, si le mode de sortie le nécessite ; son codage précise :

- en cas de sortie par mutation ou par transfert (définitif ou provisoire) :

Code 1 *Vers une unité de MCO*

Code 2 *Vers une autre unité de SSR*
Dans le cas d'un patient en hospitalisation complète, sorti puis réadmis le même jour calendaire, lorsque l'unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation et la destination est codée « 2 ».

Code 3 *Vers une unité de soins de longue durée*

Code 4 *Vers une unité psychiatrie*

Code 6 *Vers l'hospitalisation à domicile*[8]

- en cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*[9]

Lorsqu'au terme de son hospitalisation un patient retourne à son domicile personnel (à l'exclusion d'une structure d'hébergement médicosocial), le code du mode de sortie est « 8 », il n'est pas saisi de code de destination.

Une absence provisoire du patient dite ***permission*** n'est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le séjour. Dans son cas, les dates d'entrée et de sortie de l'unité médicale (UM) indiquées dans le RHS sont celles du début et de la fin de l'hospitalisation dans l'UM au cours de laquelle la permission a eu lieu. Sa durée maximale est de quarante-huit heures (article R. 1112-56 du code de la santé publique).

2.1.3 **Informations hebdomadaires relatives à la prise en charge du patient**

2.1.3.1 Informations administratives

❒ Numéro de la semaine

C'est le numéro d'identification de la semaine calendaire. La première semaine de l'année est celle qui contient le jour du 4 janvier (norme ISO 8601).

En hospitalisation complète les numéros de semaines des RHS consécutifs d'un même patient doivent être continus. En hospitalisation de jour en revanche, par exemple, il peut ne pas être produit de RHS pour une semaine au cours de laquelle le patient n'a jamais été présent, sans que cela interrompe le séjour.

❒ Journées de présence[10]

Chaque jour calendaire de présence **effective** en hospitalisation est codé « 1 » (sinon « 0 ») pour chaque jour de la semaine, soit : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, dimanche.

Dans le cas de l'hospitalisation de nuit, la journée codée « 1 » (la journée de présence) est celle qui précède la nuit.

[8] À sa sortie de SSR le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

[9] Se reporter à la note 6.

[10] On ne confondra pas *journée de présence* et *journée facturée*. La journée de présence est une notion propre au recueil d'informations du PMSI. Les journées facturées obéissent aux règles propres à la facturation : circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009.

Exemple : hospitalisation de nuit du 15 au 16 mars ; la journée du 15 mars est codée « 1 », celle du 16 est codée « 0 ».

Le jour d'entrée dans une unité médicale de SSR est toujours codé « 1 », quels que soient le mode d'entrée et la provenance.

Le jour de la sortie d'une unité médicale de SSR vers le domicile personnel ou son substitut est codé « 1 ».

Le jour de sortie d'une unité médicale de SSR par **mutation** vers une autre unité médicale de SSR – de la même entité juridique s'agissant des établissements de santé publics, ou de la même entité géographique s'agissant des établissements de santé privés –, n'est pas enregistré comme une journée de présence dans l'unité de départ ; en revanche, le jour d'entrée est enregistré comme une journée de présence dans l'unité receveuse.

Le jour de sortie d'une unité médicale de SSR par **transfert définitif** vers une autre unité médicale de SSR – d'une autre entité juridique s'agissant des établissements de santé publics, ou d'un autre entité géographique s'agissant des établissements de santé privés –, est enregistré comme une journée de présence à la fois dans l'unité de départ et dans l'unité receveuse.

Le jour de sortie d'une unité médicale de SSR par mutation ou par transfert définitif vers un autre champ d'activité (MCO, psychiatrie…) est enregistré comme une journée de présence par l'unité de SSR.

Transfert provisoire (voir plus loin le point 3 *Prestations interétablissements* de ce chapitre) : le jour du transfert et le jour du retour sont considérés comme une journée de présence par l'unité de SSR demandeuse.

Le jour du départ en **permission** n'est comptabilisé comme une journée de présence que si le départ du patient a lieu après 12 heures (midi). Le jour du retour de permission n'est comptabilisé comme une journée de présence que si le retour du patient a lieu avant 12 heures (midi).

Deux RHS d'un même séjour (même numéro de séjour SSR) appartenant à la même semaine (même numéro de semaine) ne doivent avoir aucune journée de présence commune.

2.1.3.2 Informations médicales

Elles comprennent la morbidité principale et associée, les actes médicaux, la dépendance et les actes de rééducation-réadaptation.

La morbidité principale est enregistrée dans le RHS au moyen de trois informations :

- la finalité principale de prise en charge ;
- la manifestation morbide principale ;
- l'affection étiologique, s'il y a lieu.

Toutes trois peuvent varier d'une semaine à l'autre selon l'évolution de l'état clinique du patient et de sa prise en charge.

Le codage de la morbidité principale est effectué au moyen de la plus récente mise à jour de la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10), augmentée des codes étendus spécifiques au recueil français d'information médicale figurant en appendice de ce guide. Le codage est réalisé de façon rétrospective, sur des semaines révolues, à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient. Les principales règles d'emploi de la CIM–10 sont indiquées dans les *Consignes de codage avec la CIM–10* dans la deuxième partie de ce guide.

❒ Finalité principale de prise en charge (FPP)

Cette information désigne la nature principale de la prise en charge en SSR (celle qui mobilise l'essentiel des soins) pour la semaine considérée.

❒ Manifestation morbide principale (MMP)

Cette information désigne le problème de santé qui a motivé l'essentiel des soins au cours de la semaine considérée.

❒ Affection étiologique (AE), s'il y a lieu

Cette information indique l'étiologie de la manifestation morbide principale.

❒ Diagnostics associés significatifs, s'il y a lieu

On considère comme un diagnostic associé significatif (DAS) toute affection coexistant avec la morbidité principale, ayant bénéficié d'une prise en charge effective au cours de la semaine dans l'unité médicale.

L'enregistrement dans le RHS d'un problème de santé correspondant à la définition d'un DAS est obligatoire.

Les définitions et les règles de codage de la morbidité principale et des DAS sont détaillées dans le chapitre I de la deuxième partie de ce guide.

❒ Actes médicaux

Tout acte médicotechnique réalisé au cours de la semaine dans le cadre de l'hospitalisation, quel que soit le médecin qui le réalise, doit être enregistré dans le RHS.

Les actes doivent figurer dans le RHS sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

La CCAM peut être consultée et téléchargée sur le site Internet de l'Assurance maladie. Ses règles d'utilisation sont indiquées dans un *Guide de lecture et de codage* publié au *Bulletin officiel* et téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le codage d'un acte avec la CCAM associe les informations suivantes :

– son code principal (sept caractères) ;
– la phase : presque toujours « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
– l'*activité* ;
– le nombre de réalisations de l'acte pendant la semaine.

Il est aussi possible d'enregistrer la date de réalisation de l'acte et, lorsqu'elle existe, une extension documentaire.

Lorsque le même acte (mêmes codes principal, de phase et d'activité) est réalisé plusieurs fois une semaine donnée, il existe deux possibilités d'enregistrement :

– ou bien le coder une seule fois (codes principal, de phase et d'activité) et saisir le nombre de ses réalisations ;
– ou bien le coder autant de fois qu'il a été réalisé en mentionnant chaque fois « 1 » au titre du nombre de réalisations.

Lorsque la date de réalisation des actes est saisie, seul le second terme de l'alternative est possible ; dans ce cas :

– la variable « nombre de réalisations » de l'acte est égale à « 1 » à l'exception des cas où le même acte est réalisé plus d'une fois le même jour ;
– si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes pendant la semaine, il faut renseigner plusieurs « zones d'acte » du RHS, une par jour de réalisation de l'acte.

Un compte rendu de chaque acte médical réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; il doit permettre notamment d'en vérifier le codage.

❒ Dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne*

La cotation des variables de dépendance est réalisée selon la grille des *activités de la vie quotidienne* (AVQ) ; elle est effectuée à l'issue de la semaine, en fonction des soins dispensés, indépendamment de la participation des proches, et pour chacune des six variables suivantes, conformément au dossier de soins du patient :

– habillage ;
– Déplacement et locomotion ;
– alimentation ;
– continence ;
– comportement **;**
– relation et communication.

Chaque variable de dépendance est cotée selon l'une des quatre valeurs suivantes :

– 1 : indépendance (sans l'intervention d'un tiers soignant) ;
– 2 : supervision ou arrangement (présence d'un tiers soignant sans contact physique) ;
– 3 : assistance partielle (aide par un tiers soignant) ;
– 4 : assistance totale (réalisation par un tiers soignant).

Les règles de cotation de la dépendance sont exposées dans le chapitre II de la deuxième partie de ce guide.

❒ Actes de rééducation-réadaptation

Tous les actes de rééducation-réadaptation réalisés au cours de la semaine dans le cadre de la prise en charge hospitalière doivent être recueillis. Ils sont codés conformément aux nomenclatures et règles d'utilisation figurant dans le *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* (CdARR) publié au *Bulletin officiel*.

Le codage d'un acte avec le CdARR associe les informations suivantes :

– le code de l'acte (4 caractères) ;
– le code de la *catégorie d'intervenant* ;
– le nombre de réalisations de l'acte pendant la semaine.

Lorsque le même acte (mêmes codes de l'acte et de la catégorie d'intervenant) est réalisé plusieurs fois une semaine donnée, il existe deux possibilités d'enregistrement :

– ou bien coder une seule fois l'acte et saisir le nombre de réalisations ;
– ou bien coder l'acte autant de fois qu'il a été réalisé en mentionnant chaque fois « 1 » au titre du nombre de réalisations.

À partir du 2 juillet 2012, pour le codage des actes de rééducation-réadaptation, les établissements sont fortement incités à remplacer progressivement le CdARR par le *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR). Le CSARR est l'annexe IV de l'arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 30 juin 2011 (arrêté « PMSI-SSR »). Pendant le 2e semestre 2012, les établissements pourront choisir de débuter à leur rythme, sans être contraints d'utiliser d'emblée le seul CSARR, la *fonction groupage* 2012 acceptant les deux formats de nomenclature (CdARR et CSARR). Dans un RHS donné, pour un acte et pour un intervenant donnés, il ne devra donc pas être effectué de double codage avec les deux catalogues.

Les modalités de codage d'un acte avec le CSARR feront l'objet d'une publication sur le site Internet de l'ATIH au cours du deuxième trimestre de 2012. Parmi les informations à enregistrer figurera la date de réalisation de l'acte et le nombre de ses réalisations. Lorsque le même acte du CSARR sera réalisé plusieurs fois une semaine donnée, il existera deux possibilités d'enregistrement :

- ou bien le coder une seule fois et saisir le nombre de ses réalisations ;
- ou bien le coder autant de fois qu'il a été réalisé en mentionnant chaque fois « 1 » au titre du nombre de réalisations.

Lorsque la date de réalisation des actes sera saisie, seul le second terme de l'alternative sera possible ; dans ce cas :

- la variable « nombre de réalisations » de l'acte sera égale à « 1 », à l'exception des cas où le même acte est réalisé plus d'une fois le même jour ;
- si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes pendant la semaine, il faudra renseigner plusieurs « zones d'acte » du RHS destinées au CSARR, une par jour de réalisation de l'acte.

Les actes réalisés doivent être mentionnés dans le dossier du patient de manière à permettre d'en vérifier le codage.

Les actes de rééducation-réadaptation réalisés par des médecins et inscrits dans la *Classification commune des actes médicaux* doivent l'être au moyen de cette nomenclature, mais ne pas l'être avec le CdARR ni avec le CSARR.

Le RHS ainsi constitué est apte à être *groupé*, c'est-à-dire classé dans un *groupe de morbidités dominantes* (se reporter au manuel de groupage du PMSI en SSR).

Le *résumé hebdomadaire standardisé groupé* (RHS groupé) est un enregistrement enrichi des résultats du groupage effectué par le logiciel groupeur de l'établissement de santé, renseignés conformément au format informatique en vigueur. Le contenu exhaustif et le format du RHS groupé sont décrits sur le site Internet de l'ATIH.

2.2 LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE ANONYME

La production du *résumé hebdomadaire anonyme* (RHA) est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale à partir du RHS groupé. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH, nommé :

- GENRHA (pour « générateur de RHA ») dans les établissements de santé publics et privés financés par dotation annuelle ;
- AGRAF-SSR (pour « Anonymisation et Groupage des Résumés de sortie standardisés Associés aux Factures ») dans les établissements de santé financés par objectif quantifié national.

Le RHA comporte l'ensemble des informations du RHS, à l'exception de celles qui sont supprimées ou transformées afin d'assurer l'anonymat, telles que :

– le numéro de séjour SSR, remplacé par un numéro séquentiel de séjour ;

– le numéro administratif de séjour ;

– la date de naissance, remplacée par l'âge exprimé en années et calculé au lundi de la semaine observée ;

– le numéro d'unité médicale ; seul figure, dans les *synthèses par séjour de RHA* (SSRHA, voir ci-dessous) le nombre d'unités médicales fréquentées au cours du séjour) ;

– le code postal, remplacé par un code géographique de résidence attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;

– le numéro de la semaine, remplacé par le mois et l'année ;

– les dates de début et de fin de séjour, d'entrée et de sortie de l'unité médicale (UM), remplacées par la spécification d'une semaine de début de séjour SSR (oui/non), d'une semaine de fin de séjour SSR (oui/non), de l'antériorité dans l'UM du séjour SSR lors de la semaine considérée et d'un indicateur permettant d'ordonner les séjours d'un même patient dans un établissement ;

– la date d'intervention chirurgicale, remplacée par le nombre de jours entre celle-ci et le lundi de la semaine couverte par le RHS.

Le RHA comporte aussi des informations supplémentaires, telles que :

– le résultat du groupage effectué par la *fonction groupage* officielle ;

– le nombre de points correspondant à l'*indicateur de valorisation de l'activité* (IVA)[11] du RHS d'origine.

Le contenu exhaustif et le format du RHA sont décrits sur le site Internet de l'ATIH.

GENRHA et AGRAF-SSR produisent également, à partir des RHA une ***synthèse par séjour de RHA*** (SSRHA). Le format de la SSRHA figure dans les manuels d'utilisation de GENRHA et de AGRAF-SSR téléchargeables sur le site Internet de l'ATIH.

Les fichiers de RHA et de SSRHA sont transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

[11] Des informations sur l'IVA sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH.

2.3 FORMATS DES RÉSUMÉS

La description des formats informatiques des résumés d'activité est disponible sur le site Internet de l'ATIH. Les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires et leur période de validité sont également indiquées.

Les établissements de santé doivent veiller au strict respect de ces normes et formats, faute de quoi les données ne pourraient pas être prises en compte lors des différents traitements.

3. PRESTATIONS INTERÉTABLISSEMENTS

3.1 DÉFINITION

On désigne par « prestation interétablissement » une circonstance dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas effectuer lui-même.

On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :

- un patient est provisoirement transféré d'un établissement de santé demandeur A vers un établissement de santé prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation ;
- le séjour du patient en B dure au maximum 2 journées civiles (pas plus d'une nuit passée hors de A).

Dans ces conditions, le séjour en A n'est pas clos administrativement, il est *suspendu*. En d'autres termes, la réalisation de l'acte en B intervient sans interruption de l'hospitalisation en A.

3.2 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

On distinguera le cas général et celui de certaines séances.

3.2.1 **Cas général**

1°) L'unité médicale de SSR demandeuse A

Elle fait figurer dans le RHS :

- la prestation effectuée par B, notamment le code du ou des actes s'il s'agit d'actes inscrits dans la *Classification commune des actes médicaux*, dans le *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* ou dans le *Catalogue spécifique d'actes de rééducation et réadaptation* (CSARR) ;
- et le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* en position de diagnostic associé pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement.

Journées de présence : se reporter au point 2.1.3 (transfert provisoire).

Il ne doit être produit qu'un seul RHS englobant la période de suspension de l'hospitalisation à l'exception des circonstances suivantes : l'établissement A peut être amené à réaliser deux RHS (avant- et après prestation) soit en raison de contraintes dues à son système d'information, soit en raison du retour du patient dans une unité médicale (UM) différente de celle dont il était parti. Dans ce cas les deux RHS doivent comporter le même *numéro de séjour SSR*. Les modes de sortie et d'entrée de l'UM encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RHS (début de la suspension de l'hospitalisation, départ vers B) doit être codé « 0 » (départ par transfert provisoire pour réalisation d'un acte) et le mode d'entrée du second RHS (fin de suspension de séjour, retour de B) doit être également codé « 0 » (retour de transfert provisoire après réalisation d'un acte). La destination doit être codée dans le premier RHS et la provenance dans le second.

2°) L'établissement prestataire B

Par « établissement prestataire B » on entend un établissement de SSR, de MCO ou de psychiatrie d'une autre entité juridique s'agissant des établissements de santé publics, ou d'une autre entité géographique de la même entité juridique s'agissant des établissements de santé privés.

On ne considère ici que le cas où le prestataire est une unité de SSR. Pour les autres circonstances (prestataire MCO ou psychiatrie), on se reportera au guide méthodologique de production des informations propre au champ d'activité concerné, accessible sur le site Internet de l'ATIH.

Si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, [B] produit un RHS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (*transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*). La prestation de [B] n'est pas facturée à l'assurance maladie puisque c'est à [A] que [B] facture celle-ci.

Si le patient n'est pas hospitalisé, c'est-à-dire si l'activité est réalisée à titre externe, aucun RHS ne doit être produit par [B] et la prestation, facturée à [A], ne doit pas l'être à l'assurance maladie.

La non-facturation de la prestation de [B] à l'assurance maladie résulte des informations enregistrées, selon le cas, dans le fichier VID-HOSP ou dans l'enregistrement « A » (*début de facture*) du RSF décrits dans le chapitre II. L'information « séjour facturable à l'assurance maladie doit être codée « 0 » : *non* (c.-à-d. séjour non facturable à l'assurance maladie) et l'information « motif de non facturation à l'assurance maladie » doit être codée « 5 » *patient hospitalisé dans un autre établissement.*

NB : si la durée d'hospitalisation en B est de plus de 2 journées civiles – plus d'une nuit – hors de A, le régime de suspension de séjour et les consignes rappelées ci-dessus ne peuvent pas s'appliquer. La situation est celle d'hospitalisations administrativement distinctes rejoignant le cas général, avec leurs recueils d'informations respectifs également distincts.

3.2.2 Cas des séances de dialyse rénale, de radiothérapie et de chimiothérapie

Les règles suivantes s'appliquent lorsque le patient est transféré provisoirement dans un établissement ou dans une unité médicale B appartenant au champ d'activité de MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse rénale, de radiothérapie ou de chimiothérapie.

1°) L'unité de SSR demandeuse A

Lorsque la prestation de B est une séance de **dialyse rénale**, de **radiothérapie** ou de **chimiothérapie** pour tumeur ou pour maladie non tumorale, B facture la séance comme si le patient était hospitalisé dans ses murs, et non à A. En d'autres termes B ne facture pas la séance à A mais à l'assurance maladie.

En conséquence, la séance de dialyse rénale, de radiothérapie ou de chimiothérapie ne figure pas dans le RHS puisque A n'en assure pas la charge financière. Les éventuelles spécialités pharmaceutiques consommées au cours des séances effectuées en B ne sont pas enregistrées dans le fichier FICHCOMP de A.

2°) L'établissement de santé de MCO prestataire B : se reporter au guide méthodologique de production des informations propre au champ d'activité MCO, accessible sur le site Internet de l'ATIH.

Retour sommaire

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION DE L'ACTIVITÉ EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé, décrit dans l'arrêté du 30 juin 2011 dit « arrêté PMSI-SSR »[1], a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité de soins de suite et de réadaptation, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

En ce qui concerne l'activité médicale, toute hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé fait l'objet d'un recueil d'informations transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé : le résumé hebdomadaire anonyme (se reporter au chapitre I). En revanche, seuls les établissements privés financés par objectif quantifié national (OQN) doivent produire un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, **le résumé standardisé de facturation** (RSF), transmis à l'agence régionale de santé après anonymisation sous la forme d'un **résumé standardisé de facturation anonyme**. Les établissements de santé publics et privés financés par dotation annuelle produisent, quant à eux, des recueils nommés « VID-HOSP », « FICHCOMP » et RSF-ACE. Le présent chapitre décrit ces recueils d'informations.

1. ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL

Les établissements de santé privés financés par objectif quantifié national (OQN) produisent des résumés standardisés de facturation (RSF).

L'appellation RSF désigne un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « I » *Prestations hospitalières : interruption de séjour*, « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » *CCAM*, « L » *Codage affiné des actes de biologie*[2].

Le type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chainage anonyme (voir le chapitre III). Les autres types le sont ou non selon les soins dispensés.

Une information est ajoutée dans le type « A » à partir de la semaine 1 de 2012[3] : *Patient bénéficiaire de la CMU* (couverture maladie universelle).

[1] Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique

[2] Destiné à l'enregistrement, s'il y a lieu, d'actes de la *Nomenclature des actes de biologie médicale.*

[3] Elle est présente dans le format du fichier VID-HOSP décrit dans le point 2.1.

Retour sommaire

Le lien entre RSF et résumés hebdomadaires standardisés (RHS) correspondants (c.-à-d. relatifs aux mêmes semaines) est assuré par la relation entre le *numéro d'entrée* (information du RSF) et le numéro administratif de séjour (information du RHS). En l'absence d'identité entre ces deux numéros, l'établissement de santé doit fournir un fichier de correspondance nommé HOSP-FACT dont le format est indiqué dans le manuel d'utilisation de AGRAF-SSR téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Du fait de la longueur potentielle des séjours en SSR, des factures intermédiaires peuvent être produites. Le fichier de RSF doit correspondre à l'état le plus récent des factures correspondant au fichier des RHS en rapport, notamment eu égard à leur liquidation.

Le RSF contient d'une part des informations communes avec le RHS du même séjour, d'autre part des informations de facturation.

Les éléments communs au RSF et au RHS (numéros FINESS, sexe, date de naissance, dates d'entrée et de sortie) respectent les définitions qui ont été données dans le chapitre I.

Les informations de facturation reproduisent le contenu du bordereau transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie.

Le contenu et le format des enregistrements du RSF sont conformes au cahier des charges interrégime de la norme B2 publié par l'Assurance maladie.

Le RSF anonymisé est le **résumé standardisé de facturation anonyme** (RSFA). La production du RSFA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – AGRAF-SSR – qui est à l'origine du résumé hebdomadaire anonyme. Le RSFA est transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III). Seuls les enregistrements contenant des informations sont à transmettre.

Les informations suivantes ne figurent plus dans résumés standardisés de facturation anonymisés :

- le numéro de séjour ;
- le numéro d'assuré social (*Numéro de matricule* dans les formats de recueil) ;
- le rang de bénéficiaire ;
- le numéro de facture ;
- les date et rang de naissance ;
- les dates d'entrée et de sortie du séjour ;
- la date de l'acte.

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le numéro séquentiel de RSFA (identique à celui du RSA) ;
- le numéro de facture séquentiel ;
- les mois et année de la date d'entrée et de sortie du séjour ;

– la durée du séjour ;
– le délai en jours entre la date de début de séjour et la date de réalisation de l'acte.

Pour davantage d'informations sur le contenu et le format des enregistrements du RSF et du RSFA on se reportera :

- au *Manuel d'utilisation de AGRAF-SSR* téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH ;
- au cahier des charges interrégime de la norme B2 accessible sur le site Internet de l'Assurance maladie.

2. ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés financés par dotation annuelle ne sont pas soumis à la production de RSF. Ils produisent des recueils nommés VID-HOSP, FICHCOMP et résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE).

2.1 LE FICHIER VID-HOSP

VID-HOSP (« VID » pour « variables identifiantes », l'abréviation « HOSP » faisant référence au numéro administratif de séjour) est produit par les services administratifs (bureau des admissions ou des frais de séjour) sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Il contient :

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie ;
- les variables identifiantes nécessaires à la génération du numéro de chainage des résumés hebdomadaires anonymes (voir le chapitre III).

Le lien entre VID-HOSP et les RHS relatifs au même séjour est assuré par le numéro administratif de séjour.

VID-HOSP est l'équivalent de l'enregistrement « A » du RSF (*Début de facture*) produit par les établissements privés financés par l'OQN (se reporter *supra* au point 1). Trois nouvelles variables lui sont ajoutées à partir de 2012 :

– *Numéro du format de VID-HOSP* ;
– *Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie complémentaire* ;
– *Date de l'hospitalisation*.

Elle est la date du premier jour de l'hospitalisation en cours, sans interruption[4], qu'elle se soit déroulée dans un seul ou plusieurs entités juridiques ou établissements, dans un seul ou plusieurs champs d'activité.

Exemples :

– hospitalisation initiale en MCO le 10 mars, puis mutation ou transfert le 21 mars en SSR ; la *date de l'hospitalisation* pour les deux unités ou les deux établissements est le 10 mars ;

[4] On rappelle qu'une permission, n'interrompt pas l'hospitalisation (se reporter au point 2.1.2 du chapitre I).

– hospitalisation initiale en MCO dans l'établissement E1 le 11 avril, transfert en SSR de l'établissement E2 le 29 avril, retour en MCO de E1 le 9 mai, nouveau transfert en SSR de E2 le 12 mai, sortie au domicile le 8 juin ; la *date de l'hospitalisation* pour les deux établissements dans les enregistrements relatifs aux quatre hospitalisations (11-29/4, 29/4-9/5, 9/-12/5 et 12/5-8/6) est le 11 avril.

Dans le cadre de la mise en œuvre des premières expérimentations de la facturation individuelle des séjours (FIDES) dans le champ d'activité de MCO, deux zones sont distinguées au sein du fichier VID-HOSP :

– une zone obligatoire recensant les variables devant être renseignées par tous les établissements, quel que soit leur champ d'activité ;
– une zone relative à FIDES recensant les nouvelles variables que seuls les établissements de MCO retenus pour mener l'expérimentation FIDES doivent renseigner.

En conséquence, les établissements de SSR produisant le fichier VID-HOSP ne doivent renseigner que la zone obligatoire, ils ne doivent pas renseigner la zone FIDES.

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP on se reportera au manuel d'utilisation du logiciel MAGIC (voir le point 3.1.1 du chapitre III) téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH

2.2 LE RECUEIL FICHCOMP

FICHCOMP (pour « fichiers complémentaires ») est destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses. Il enregistre, s'il y a lieu, les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Il contient les données relatives aux mêmes semaines que celles des RHS correspondants (c.-à-d. les RHS relatifs aux mêmes semaines), auxquels FICHCOMP est relié par le numéro administratif de séjour, information commune aux deux recueils.

L'anonymisation de FICHCOMP est à l'origine de FICHCOMPA. La production du fichier FICHCOMPA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – GENRHA – qui est à l'origine du résumé hebdomadaire anonyme (se reporter au point 2.2 du chapitre I).

Les contenus et formats des fichiers FICHCOMP et FICHCOMPA sont donnés dans le *Manuel d'utilisation de GENRHA*, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

Le fichier FICHCOMPA est transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

2.3 LE RESUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

À la date d'application du présent guide, le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE) est un recueil par patient propre aux établissements de santé financés par dotation annuelle. Il est réservé au recueil de l'activité externe donnant lieu

à un paiement à l'établissement. Cette activité fait en général déjà l'objet d'une télétransmission de factures à l'assurance maladie pour information. Le recueil du RSF-ACE est fondé sur une extraction des informations à partir des données télétransmises.

On désigne par RSF-ACE un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture,* « B » *Prestations hospitalières,* « P » *Prestations hospitalières : prothèses,* « H » *Prestations hospitalières : médicaments,* « C » *Honoraires,* « M » *CCAM*[5], « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

L'enregistrement de type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chainage anonyme (voir le chapitre III). Les autres enregistrements le sont ou non selon les prestations dispensées.

Les autres types enregistrent notamment :

– les consultations des médecins et les actes des personnels paramédicaux au moyen des lettres-clés de la *Nomenclature générale des actes professionnels* ;
– les actes médicaux techniques codés selon la *Classification commune des actes médicaux* ;
– les actes de la *Nomenclature des actes de biologie médicale* (RSF-ACE « L ») ;
– la prestation *Administration de produits et prestations en environnement hospitalier* (APE)[6] ;
– les forfaits techniques liés aux actes de scanographie, remnographie et tomographie à émission de positons ;
– les forfaits relatifs aux alternatives à la dialyse en centre (D).

Les *ex* hôpitaux locaux ne sont pas tenus de produire le RSF-ACE.

L'anonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié[7] »). La production du RAFAEL est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle résulte d'un processus automatique réalisé par un module logiciel nommé PREFACE (pour « production des résumés enchainés de facturation des actes et consultations externes ») fourni par l'ATIH.

Les contenu et format du RSF-ACE et du RAFAEL sont publiés sur le site Internet de l'ATIH.

Le RAFAEL est transmis à l'agence régionale de santé (voir le point 1 du chapitre III).

[5] *Classification commune des actes médicaux*.

[6] Décret n° 2011-221 modifiant l'article R. 162-32 du CSS. Enregistrement « P » du RSF-ACE.

[7] Le mot « lié » est en rapport avec le résumé. Il est justifié par les informations de chainage anonyme (voir le chapitre III) contenues dans le RAFAEL.

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS

1. TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Conformément aux articles L. 6113-8 et R. 6113-10 du code de la santé publique et à l'arrêté du 30 juin 2011, les établissements de santé publics et privés transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

- établissements de santé publics et privés financés par dotation annuelle (DAF) : fichiers de RHA et de SSRHA[1], FICHCOMPA[2] et RAFAEL ; il s'y ajoute un fichier nommé ANO qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP[2] et le fichier de chainage anonyme (voir ci-dessous) ;
- établissements de santé privés financés par l'OQN : fichiers de RHA, de SSRHA[1] et de RSFA[2].

Depuis le deuxième semestre 2011, la transmission a évolué d'une périodicité trimestrielle à une périodicité bimestrielle. La transmission est cumulative. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement de santé producteur.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme d'échange é-PMSI.

2. PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME

Un chainage anonyme des recueils d'informations du PMSI est mis en œuvre depuis 2001 (circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001). Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient lieu : secteur public ou privé, soins de suite et de réadaptation, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, hospitalisation à domicile ou psychiatrie. Le chainage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme (« non signifiant ») propre à chaque patient au moyen d'un module logiciel qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), la date de naissance et le sexe[3]. Les hospitalisations d'une même personne peuvent ainsi être reconnues et « chainées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de retourner du numéro au patient).

---

[1] Se reporter au chapitre I.

[2] Se reporter au chapitre II.

[3] Le dispositif ne permet donc pas de distinguer les jumeaux de même sexe ayant le même ouvrant droit, et le numéro de chainage anonyme d'une personne change lorsqu'elle change de numéro d'assuré social.

Retour sommaire

Le numéro anonyme est caractéristique d'un individu car, à partir des mêmes variables identifiantes, on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité). Lors des hospitalisations successives d'un patient donné – c.-à-d. pour des variables identifiantes identiques – c'est le même numéro anonyme qui est chaque fois calculé.

Le chainage anonyme s'applique depuis 2001 au RHA. Il s'est appliqué au RSFA en 2007 et concerne désormais FICHCOMPA et RAFAEL. Ainsi, en SSR, le chainage anonyme s'applique à tous les recueils d'informations anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation, dans tous les établissements de santé publics et privés.

3. PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE

La procédure de chainage anonyme comporte les étapes suivantes :

- lors de chaque séjour un numéro anonyme est créé par les services administratifs de l'établissement de santé ; il en résulte un fichier qui fait correspondre à chaque numéro administratif de séjour (NAS) un numéro anonyme ; ce fichier est transmis au médecin responsable de l'information médicale ;
- lorsque NAS et numéro de séjour SSR sont différents, le médecin responsable de l'information médicale produit un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le numéro de séjour SSR ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de séjour SSR et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des enregistrements contenant le numéro de séjour SSR ou le NAS (RHS et FICHCOMP), un lien est ainsi établi entre l'enregistrement anonymisé et le numéro anonyme.

3.1.1 **Création du numéro anonyme du patient**

La première étape consiste en la création du numéro anonyme par les services administratifs de l'établissement de santé – bureau des admissions ou des frais de séjour – à partir de *variables identifiantes* : numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), date de naissance et sexe.

Ces variables sont présentes dans le fichier VID-HOSP décrit au point 2.1 du chapitre II.

La création du numéro anonyme utilise un module logiciel fourni par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) nommé *module d'anonymisation et de gestion des informations de chainage* (MAGIC). MAGIC contient une *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN)[4] créée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, validée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et par le Service central de sécurité des systèmes d'information.

[4] Elle procède par *hachage* des informations selon la technique du *Standard Hash Algorithme*. Des informations plus détaillées sur la génération et les utilisations du numéro anonyme sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH.

Le numéro anonyme créé est mis en relation avec le NAS. Un fichier nommé ANO-HOSP (ANO faisant référence au numéro anonyme, HOSP au NAS) est ainsi produit par le service administratif, dont chaque enregistrement :

- associe le NAS au numéro anonyme du patient ;
- et rend compte des contrôles de conformité effectués par MAGIC sur les informations de VID-HOSP.

Le contenu et le format de ANO-HOSP ainsi que la signification des codes de retour du contrôle de sa conformité sont donnés dans le *Manuel d'utilisation de MAGIC*, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation

Le fichier ANO-HOSP est transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Celui-ci produit si besoin un fichier nommé HOSP-PMSI qui établit une correspondance entre le NAS (« HOSP ») et le numéro de séjour SSR (« PMSI »).

3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation

La dernière étape est réalisée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle utilise le programme GENRHA[5]. Il traite en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation, RHS, FICHCOMP et RSF-ACE. Il produit :

- les fichiers anonymes correspondants (RHA, FICHCOMPA et RAFAEL) ;
- un fichier de chainage qui établit une correspondance entre chaque numéro anonyme et un enregistrement anonyme par l'intermédiaire d'un numéro d'index.

Le numéro anonyme est ainsi inséré dans un fichier – le fichier de chainage – qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation. Il associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index (numéro séquentiel de rang) également présent dans les enregistrements anonymes (RHA et FICHCOMPA). Le fichier de chainage crée ainsi un lien indirect entre chaque enregistrement anonyme et le numéro anonyme correspondant.

L'association du fichier de chainage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP constitue le fichier ANO (se reporter *supra* au point 1).

3.2 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL

Les établissements de santé privés financés par objectif quantifié national (OQN) ne produisent pas le fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans l'enregistrement « A » *Début de facture* du RSF[6].

---

[5] Se reporter au point 2.2 du chapitre I.

[6] Se reporter au point 1 du chapitre II.

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale les fichiers de RSF et de RHS sont soumis au logiciel AGRAF-SSR[7] qui intègre la fonction FOIN. AGRAF-SSR assure la production des fichiers anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation (RHA, SSRHA, RSFA) et du fichier de chainage.

Ainsi, comme dans les établissements financés par DAF, de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RHA et RSFA) se voit attribué le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chainage, qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation, associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index également présent dans les recueils anonymes.

3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME é-PMSI

Dès la réception des fichiers anonymes par la plateforme d'échange é-PMSI, avant d'effectuer les traitements d'exploitation des données, la fonction FOIN est appliquée une deuxième fois. Il est ainsi calculé un second numéro anonyme différent du numéro anonyme présent dans l'établissement. Lors de la création du second numéro anonyme un nouveau numéro d'index est créé, entrainant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé ne contiennent que le second numéro anonyme.

4. CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel (articles L. 1110-4 et R. 4127-4 du code de la santé publique (CSP), article 226-13 du code pénal, article 4 du code de déontologie médicale).

Le service ou département de l'information médicale qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est prévu par les articles R. 6113-1 à R. 6113-8 du CSP.

Conformément aux articles R. 6113-1 et R. 6113-4 du CSP les données recueillies pour chaque patient par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins, sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les fichiers de RHS sont indirectement nominatifs au regard de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, leur contenu ne peut être porté à la connaissance que des seuls acteurs légalement ou règlementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.

Dans les conditions prévues à l'article L. 1112-1 du CSP les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par

[7] Se reporter au point 2.2 du chapitre I.

l'intermédiaire du médecin responsable de l'information médicale, aux résumés de sortie dans le cadre de contrôles.

5. QUALITÉ DES DONNÉES ET RESPONSABILITÉS

Les informations du RHS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient[8].

Conformément aux articles R. 6113-1 et R. 6113-4 du code de la santé publique :

- les données sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient, et elles sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement ;
- le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Le médecin responsable de l'information médicale conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs. Dans le cadre de contrôles par l'assurance maladie, il doit en outre être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro du RHS correspondant.

S'agissant de la responsabilité des acteurs hospitaliers en cas de défaut de qualité de l'information, il convient de rappeler :

- que le directeur est responsable des informations transmises règlementairement à l'extérieur de l'établissement de santé ;
- que le règlement intérieur du département ou du service de l'information médicale, approuvé par la commission médicale d'établissement et par le conseil d'administration, est de nature à fixer les responsabilités de chacun des acteurs (services administratifs, médecin responsable de l'information médicale, médecins responsables des soins…).

6. CONSERVATION DES FICHIERS

Le médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement sauvegarde le fichier de RHS qui est à la source du fichier de RHA et assure la conservation de la copie produite.

La durée de conservation de tous les fichiers non anonymes et anonymes d'activité et de facturation constitués au titre d'une année civile, est de cinq ans[9].

---

[8] À propos du contenu de ce dossier, voir l'article R. 1112-2 du code de la santé publique.

[9] Ne pas confondre la durée de conservation de ces fichiers avec celle du dossier médical.

Retour sommaire

La table de correspondance entre les numéros administratifs de séjour et les numéros de séjour en SSR, lorsqu'ils diffèrent (HOSP-PMSI), et le fichier HOSP-FACT (se reporter au point 1 du chapitre II), doivent être conservés pendant le même temps.

DEUXIÈME PARTIE

Retour sommaire

I. HIÉRARCHISATION ET CODAGE DE LA MORBIDITÉ DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

1. DÉFINITIONS

La morbidité est renseignée dans le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient en suivant trois étapes successives : la sélection des informations appropriées, la hiérarchisation et le codage.

Les informations relatives à la morbidité, comme les autres variables du RHS, doivent être enregistrées de façon rétrospective à l'issue de chaque semaine observée. Ces informations peuvent varier d'une semaine à l'autre, selon l'évolution de l'état clinique du patient et de sa prise en charge.

L'enregistrement de la morbidité suppose une hiérarchisation des informations, consistant en l'identification d'une « finalité principale de prise en charge », d'une « manifestation morbide principale » et, le cas échéant, d'« une affection étiologique » et de « diagnostics associés significatifs ».

1.1 LA MORBIDITÉ PRINCIPALE

La finalité principale de la prise en charge (FPP) est le plus souvent ***une action***[1] qui répond aux questions suivantes :

- de quel type de soins a principalement bénéficié le patient ?
- quelle a été la nature essentielle de la prise en charge médicale et soignante de ce patient ?

  Exemples : rééducation, adaptation d'appareillage, soins postchirurgicaux.

La FPP est codée au moyen du chapitre XXI de la CIM–10 *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z). À ses rubriques s'ajoute le « code » « ZAIGU » pour décrire la survenue d'une affection aigüe au cours de la semaine, ayant nécessité une adaptation significative des soins modifiant de fait la finalité principale de prise en charge (voir ci-dessous le point 1.2). Toutefois, tous les codes Z ne sont pas utilisables pour coder la finalité principale de prise en charge (voir *infra* le point 2.2). La liste des codes autorisés pour le codage de la FPP est publiée dans le *Manuel de groupage du PMSI en SSR.*

La manifestation morbide principale (MMP) est ***l'altération ou le problème de santé fonctionnel ou organique*** sur laquelle ou lequel s'exerce l'action précédente, et qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

Pour coder la MMP (une maladie, un symptôme, une lésion traumatique, une intoxication, un état…) tous les codes de la CIM–10 peuvent être utilisés à l'exclusion des

---

[1] Hors le cas particulier objet du point 1.2 qui suit (finalité principale « ZAIGU »).

codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* et de certains codes Z du chapitre XXI. Les listes des codes autorisés et non autorisés pour le codage de la MMP sont publiées dans le *Manuel de groupage du PMSI en SSR.*

Exemples : hémiplégie spastique, fracture du col du fémur, prothèse de hanche.

L'affection étiologique (AE) est l'***étiologie de la MMP*** et ne doit être renseignée que lorsqu'elle diffère de celle-ci.

Exemples :

– MMP : hémiplégie spastique, AE : traumatisme crânien avec œdème :

– MMP : fracture engrenée du col du fémur, AE : ~~fracture engrenée du col du fémur~~ ;

– MMP : porteur d'une prothèse de hanche, AE : fracture du col du fémur.

Pour coder l'AE, seuls les chapitres I à XVII et XIX de la CIM–10 sont utilisables. Les listes des codes autorisés et non autorisés pour le codage de l'AE sont publiées dans le *Manuel de groupage du PMSI en SSR.*

1.2 CAS PARTICULIER : LA SURVENUE D'UNE AFFECTION AIGÜE

En cas de survenue d'une affection aigüe au cours d'une hospitalisation en SSR, la finalité principale de prise en charge est indiquée par la mention « ZAIGU » lorsque l'affection remplit les deux conditions suivantes :

- l'affection aigüe est apparue pendant le séjour en SSR ;
- elle a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins au cours de la semaine considérée.

Exemple

Une patiente est hospitalisée pour une rééducation d'une prothèse de hanche droite. Au cours du séjour elle présente une pneumonie à pneumocoque. Le traitement de la pneumonie mobilise l'essentiel des soins pour la semaine concernée. La rééducation est poursuivie à minima.

FPP : ZAIGU
MMP : pneumonie à pneumocoque
AE : sans objet

Diagnostic associé significatif : prothèse de hanche (la rééducation étant poursuivie, la prothèse est un DAS, voir ci-dessous).

1.3 LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS SIGNIFICATIFS

Est considéré comme diagnostic associé significatif (DAS) tout problème de santé coexistant avec la morbidité principale ayant donné lieu à une prise en charge effective (investigation, traitement…) du fait d'une affection nouvelle (telle une affection aigüe intercurrente) ou préexistante (évolution d'une affection connue ou affection chronique en cours de traitement) ou du fait de conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière identifiable, dont la description est mentionnée comme telle dans le dossier médical du patient.

Ne doivent pas être retenus comme significatives les affections ne respectant pas la définition, par exemple les antécédents guéris, ou les facteurs de risque n'ayant bénéficié

d'aucune prise en charge, mais également les résultats anormaux d'examens ou les syndromes inhérents à une affection codée par ailleurs dans le résumé hebdomadaire standardisé.

Exemples

1) Après un infarctus antéroseptal du myocarde, un patient a bénéficié d'une rééducation cardiaque qui a mobilisé l'essentiel des soins pendant la semaine considérée. Par ailleurs, il a été nécessaire de poursuivre le traitement et la surveillance d'un diabète non insulinodépendant connu depuis 10 ans. Le patient est en outre atteint d'un asthme ancien non traité. Pas de problème respiratoire au cours de l'hospitalisation.

FPP : rééducation cardiaque
MMP : infarctus antéroseptal du myocarde
AE : sans objet

DAS : diabète non insulinodépendant

En revanche, la maladie asthmatique stable, non traitée, n'est pas un DAS.

2) Un patient atteint d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs a été amputé du membre inférieur gauche. Au cours de la semaine considérée, il a bénéficié de pansements du moignon. De plus, il a présenté une infection urinaire basse.

FPP : pansement
MMP : amputé du membre inférieur gauche
AE : artériopathie

DAS : infection urinaire basse (elle a été prise en charge – diagnostic et traitement –, elle est donc un DAS).

Les DAS sont codés au moyen de la CIM–10. Tous les chapitres, y compris le chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes V, W, X, Y), peuvent être utilisés.

L'enregistrement dans le RHS d'un problème de santé correspondant à la définition d'un DAS est obligatoire.

2. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA CIM–10

2.1 RÈGLES GÉNÉRALES

La 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'ouvrage de référence pour le codage de la morbidité dans le RHS. Sa table analytique (chapitres I à XXII[2]) est divisée en *catégories* dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories est subdivisée en *souscatégories* codées avec quatre caractères (on parle de « catégories non vides »). Pour le recueil d'informations du PMSI la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée (catégorie « non vide »), un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée (catégorie « vide »), par exemple, C64 *Tumeur maligne du rein*.

[2] Un chapitre XXII a été créé lors de la mise à jour de la CIM–10 par l'OMS en 2003. Se reporter au site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Le recueil standard d’informations du PMSI utilise aussi des codes nationaux étendus au-delà du quatrième caractère[3]. **Lorsqu’ils comportent un signe « + », il doit être saisi.**

Exemples :

– B24.+9 *Infection par le virus de l’immunodéficience humaine [VIH], sans précision*

– R54.+0 *Syndrome de glissement (sénile)*

La morbidité doit figurer dans le RHS sous forme codée selon la plus récente mise à jour de la CIM–10 et selon les extensions nationales figurant en appendice du présent guide.

Le meilleur code est le plus précis par rapport à l’affection ou au problème de santé à coder.

2.2 CODES DE LA CIM–10 NON UTILISABLES

Certains codes de la CIM–10 ne peuvent pas être utilisés comme finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale et affection étiologique. Leur liste est publiée dans le *Manuel de groupage du PMSI en SSR*. Ils constituent quatre groupes.

2.2.1 **Les codes des « catégories non vides » de la CIM–10**

Par « catégorie non vide » on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (souscatégories), par exemple, C25 tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l’emploi du code à trois caractères (ici C25) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des souscatégories qui doivent être utilisés.

2.2.2 **Les codes ne devant pas être utilisés pour le codage de « l'affection principale »**

La CIM–10 indique que certains de ses codes (notamment les codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité,* codes V, W, X, Y) ne doivent pas être utilisés pour le codage de « l'affection principale » ou de « la cause principale ». En conséquence, ils ne sont pas utilisables pour le codage de la morbidité principale.

2.2.3 **Les « codes pères » interdits**

Par « codes pères » on désigne les codes originels de la CIM–10 bénéficiant d’extensions nationales, créées pour les besoins du PMSI ou à titre documentaire. Les codes étendus qui en résultent sont nommés « codes fils ». Il est décidé de ne plus autoriser les codes pères, afin de disposer d’un niveau de précision suffisant pour la qualité des données et pour les évolutions de la classification médicoéconomique en SSR.

2.2.4 **Les codes interdits parce que très imprécis**

Certains codes entrainent le rejet du RHS par la *fonction groupage* (erreur dite bloquante) s'ils sont mentionnés en position de FPP, MMP ou AE, en raison de leur caractère très imprécis. Quelques-uns (par exemple B99, C80, D13.9, M24.3) auraient leur place aussi bien dans le groupe des « codes pères interdits » que dans celui des « codes interdits parce que très

[3] Le format de recueil prévoit une saisie jusqu’à 6 caractères. Les établissements ont de plus la possibilité d’utiliser 2 caractères supplémentaires en 7e et 8e positions. Leur emploi doit être conforme aux dispositions de la loi *Informatique et libertés*.

imprécis » (c'est en général parce qu'ils étaient imprécis que des subdivisions ont été créées, et celles-ci en ont fait des codes pères…).

2.3 CODES DE LA CIM–10 À ÉVITER

Le meilleur code étant le plus précis par rapport au problème de santé à coder, on portera une attention particulière à éviter les codes imprécis. Lorsque l'information oriente vers l'un d'eux, il faut la préciser ou la faire préciser pour améliorer la qualité du codage.

Exemple : une information dont l'imprécision ne permettrait que l'emploi d'un code du groupe T08–T14 nécessite un retour à la source (au dossier médical ou au praticien ayant dispensé les soins) pour obtenir la précision nécessaire à l'emploi d'un code plus précis.

De même, on évitera les codes regroupant plusieurs affections ou lésions, on préfèrera un codage individualisé de chacune d'elles.

Exemples :

– pour un patient ayant subi deux fractures, l'une diaphysaire de la jambe, l'autre de la malléole externe, on code chacune d'elles : S82.2 et S82.6 (on n'emploie pas T02.3) ;

– pour un patient victime de brulures du 3e degré du genou et de la cuisse, de la hanche et de l'abdomen, on code chacune d'elles : T24.3 et T21.3 (on n'emploie pas T29.3).

Les codes du groupe T00–T07 et les catégories T29-T30 sont destinés à des situations de monocodage, c.-à-d. à des recueils n'acceptant qu'un code (ce n'est pas le cas du RHS) ou de manque d'information peu acceptable.

2.4 LE DOUBLE CODAGE *DAGUE-ASTÉRISQUE*

Lorsque la CIM–10 offre la possibilité de coder une affection à la fois en termes étiologiques (code signalé par une *dague* : †) et de manifestation (code signalé par un *astérisque* : *) **Les deux codes doivent être enregistrés dans le RHS.** Un code *astérisque* ne doit jamais être saisi isolément, sans le code *dague* correspondant. C'est l'index alphabétique de la CIM–10 (volume 3) qui permet d'identifier le plus complètement les affections qui font l'objet d'un double codage *dague-astérisque***.** La hiérarchisation habituelle place le code *astérisque* en position de manifestation morbide principale (MMP) et le code *dague* en position d'affection étiologique (AE). Toutefois, dans certaines circonstances, le code *astérisque* correspond à l'AE. Dans cette situation, le code *dague* doit être enregistré par convention en tant que diagnostic associé (voir l'exemple 4 ci-dessous). Les symboles † et * ne doivent pas être saisis, seuls les codes le sont.

Exemples :

1) Un patient a bénéficié d'une rééducation pour une polynévrite diabétique (diabète de type I).

Finalité principale de prise en charge (FPP) : Z50.1 *Autres thérapies physiques*
MMP : G63.2* *Polynévrite diabétique*
AE : E10.4† *Diabète sucré insulinodépendant avec complications neurologiques*

2) Un patient a bénéficié d'une rééducation à la suite d'une fracture fermée de l'ischium. Il est par ailleurs atteint d'une néphropathie diabétique (diabète de type I).

FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques*

MMP : S32.80 *Fracture de parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin*
AE : sans objet

DAS : N08.3* *Glomérulopathie au cours du diabète sucré*
E10.2† *Diabète sucré insulinodépendant avec complications rénales*

3) Un patient a bénéficié dans le cadre d'une démence sénile de type Alzheimer d'une prise en charge par un psychologue et un animateur (exercices de mémoire et de concentration).

FPP : Z50.8 S*oins impliquant d'autres moyens de rééducation*
MMP : F00.1* *Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif*
AE : G30.1† *Maladie d'Alzheimer à début tardif*

4) Hospitalisation pour adaptation de prothèse chez un patient amputé d'une jambe en raison d'une artériopathie diabétique (diabète non insulinodépendant).

FPP : Z44.1 *Mise en place et ajustement d'une jambe artificielle (totale) (partielle)*
MMP : Z89.5 *Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au dessous*
AE : I79.2* *Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*

DAS : E11.5† *Diabète sucré non insulinodépendant avec complications vasculaires*

2.5 LES SÉQUELLES

Lorsque l'altération, le problème fonctionnel ou organique pris en charge est une séquelle d'une affection ou d'une lésion antérieure, l'enregistrement de l'AE n'utilise jamais les codes « Séquelles de… » de la CIM–10. C'est l'affection ou la lésion à l'origine de la séquelle qui doit être codée. Cette règle est valable quel que soit le délai écoulé après l'affection ou la lésion.

Les codes « Séquelles de… » de la CIM–10 ne sont jamais enregistrés lorsque la nature de la séquelle est codée par ailleurs dans le RHS. Lorsqu'ils sont utilisés, les codes « Séquelles de … » ne peuvent l'être qu'en tant que DAS.

Exemples :

1) Un patient a bénéficié d'une rééducation pour une hémiplégie spastique, séquellaire d'un infarctus cérébral par embolie sylvienne.

FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques*
MMP : G81.1 *Hémiplégie spastique*
AE : I63.4 *Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
(et non pas I69.3 *Séquelles d'infarctus cérébral*)

2) Un patient est atteint d'un syndrome frontal séquellaire d'un œdème cérébral traumatique. Il a bénéficié d'une rééducation en vue d'une réintégration professionnelle.

FPP : Z50.7 *Ergothérapie et rééducation professionnelle, non classées ailleurs*
MMP : F07.0 *Trouble organique de la personnalité*
AE : S06.1 *Œdème cérébral traumatique*
(et non pas T90.5 *Séquelles de lésion traumatique intracrânienne*)

3. CODAGE DE LA FINALITÉ PRINCIPALE DE PRISE EN CHARGE

Il utilise le chapitre XXI de la CIM–10 (codes Z) en tenant compte des restrictions décrites *supra* dans le point 2.2.

Retour sommaire

Les explications qui suivent visent à aider à la compréhension du sens des codes Z, dont l'usage est parfois considéré comme difficile par les codeurs. Des consignes et des préconisations d'emploi sont données. On ne saurait en déduire des modalités de recueil de l'information qui ne seraient pas conformes aux conditions de production du RHS et aux règles de hiérarchisation de la morbidité. Les définitions des informations médicales et les consignes de hiérarchisation des diagnostics sont données par ailleurs dans ce guide. Elles constituent un préalable dont les règles et exemples de codage donnés ci-après ne sauraient dispenser.

Catégorie Z02 *Examen médical et prise de contact à des fins administratives*

Cette catégorie répertorie des motifs de recours aux soins qui, sauf exception, relèvent plutôt de l'activité externe.

Exemples :

– bilan d'évaluation professionnelle[4] à la demande d'une administration[5] (Sécurité sociale, COTOREP, médecine du travail...) avant embauche ou changement de poste : Z02.1 *Examen d'embauche* ;

– bilan pour vérifier la capacité à conduire : Z02.4 *Examen pour le permis de conduire* ;

– classement d'un patient selon les catégories de handisport : Z02.5 *Examen pour la pratique d'un sport* ;

– évaluations des aptitudes ou des incapacités, bilan pour la COTOREP : Z02.6 *Examen à des fins d'assurance*, qu'il s'accompagne ou non de la délivrance d'un certificat médical.

Catégories Z03 et Z04 *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies* et *Examen et mise en observation pour d'autres raisons*

Ces catégories sont celles des suspicions non confirmées (de maladie, de lésion traumatique…). Elles permettent le codage de situations caractérisées par l'éventualité initiale d'une maladie ou d'une lésion qui (après observation, examens…) n'est finalement pas confirmée. C'est ce qu'explique la note d'inclusion située sous le titre de la catégorie Z03 dans le volume 1 de la CIM–10.

Catégories Z08 et Z09 *Examen de contrôle après traitement*

On comprendra leur intitulé comme *examen de contrôle « de » traitement, « pour » traitement.* Leurs codes peuvent donc être employés que le traitement soit achevé ou en cours.

Z08.2 et Z09.2 : l'intitulé de ces deux souscatégories contient le mot « chimiothérapie » alors que seule Z08 concerne les tumeurs malignes ; on rappelle en effet que le mot *chimiothérapie* n'a pas dans la CIM–10 le sens implicite de « chimiothérapie antitumorale » qui est le sien dans le langage courant ; il a son sens premier de « traitement par des moyens chimiques », c.-à-d. médicamenteux.

Catégories Z11 à Z13 *Examens spéciaux de dépistage de maladies infectieuses et parasitaires*

Le mot *dépistage* a dans la CIM–10 le sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les catégories Z11 à Z13 ne doivent donc pas être

[4] À l'exclusion de la rééducation professionnelle, Z50.7.

[5] À l'exclusion des bilans professionnels effectués à la demande du patient ou de ses thérapeutes : catégorie Z56.

Retour sommaire

employées pour des patients présentant un problème de santé personnel. Il est erroné de coder comme un dépistage une situation d'examens diagnostiques motivés chez un patient par un antécédent personnel ou familial (de cancer, par exemple) ou une symptomatologie quelconque.

Catégorie Z30 *Prise en charge d'une contraception* : usage exceptionnel, sauf Z30.3 à Z30.9.

Catégorie Z31 *Mesures procréatives* : usage exceptionnel.

Exemple : conseils pour la procréation aux myopathes, aux diabétiques (Z31.5 et Z31.6).

Catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque*

Elle est destinée au codage des surveillances de grossesses *non normales* (à risque, « haut » ou non).

Catégorie Z42 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique*

Elle permet le codage des semaines comportant ou faisant suite à une intervention de chirurgie reconstructrice, y compris la surveillance de l'expansion cutanée par expandeur[6].

Exemples :

– suite à une chirurgie d'escarre fessière : Z42.2 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique d'autres parties du tronc* ;

– suite à une greffe de moignon d'un membre inférieur : Z42.4 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique des extrémités inférieures*.

Catégories Z43 à Z46 *Surveillance de stomies,* Mise en place et ajustement de prothèses et autres appareils

La catégorie Z43 est une rubrique de soins de stomie. Elle comprend des soins médicaux ponctuels, incluant la fermeture de la stomie. Elle inclut des soins liés à certaines complications : *cf.* la note d'inclusion figurant sous le titre de la catégorie. Elle exclut les soins courants tels qu'effectués ou effectuables à domicile (soins quotidiens d'hygiène, changements de poche ou de canule de trachéostomie), qui se codent avec la catégorie Z93 (voir plus loin). Elle exclut aussi les complications classées en J95.0, K91.4 et N99.5.

La catégorie Z44 concerne l'appareillage externe et les prothèses, mais pas les orthèses qui se codent au moyen de la catégorie Z46.

L'affection ayant nécessité la mise en place d'une stomie, d'une prothèse ou d'un appareil est enregistrée comme manifestation morbide principale.

Exemples :

– soins de trachéostomie pour cancer du larynx sousglottique : finalité principale de prise en charge (FPP) Z43.0 *Surveillance de trachéostomie* ; manifestation morbide principale (MMP) C32.2 *Tumeur maligne du larynx, étage sousglottique* ;

– mise en place et ajustement de corset plâtré : FPP Z46.7 *Mise en place et ajustement d'un appareil orthopédique*, l'affection ayant nécessité la mise en place du corset est saisie en tant que MMP (scoliose, lombalgies...) ;

– mise en place et ajustement d'un stimulateur électrique pour le traitement de la douleur : FPP Z46.8 *Mise en place et ajustement d'autres appareils précisés* ; la douleur est saisie

---

[6] Mais un bilan à distance d'une intervention chirurgicale (effectuée un mois, six mois, un an... auparavant) se coderait Z08.0 ou Z09.0.

en tant que MMP (utiliser si possible des codes précis selon la localisation de la douleur, la catégorie R52 n'étant utilisée qu'en dernier recours[7]), la cause de la douleur est saisie en tant qu'affection étiologique.

Catégorie Z47 *Autres soins de contrôle orthopédiques*

La catégorie Z47 est celle des soins faisant suite à un acte sur l'appareil locomoteur (on retrouve dans son intitulé la notion de « soins de contrôle » – c.-à-d. soins faisant suite à des soins ou à un acte antérieur – rencontrée *supra* avec la catégorie Z42) : ablation de matériel d'ostéosynthèse, changement ou ablation d'appareil d'immobilisation….

Le code Z47.8 comprend les changements de traction-suspension.

Catégorie Z48 *Autres soins de contrôle chirurgicaux*

La catégorie Z48 est celle des soins postinterventionnels immédiats. Par soins postinterventionnels on entend notamment la surveillance postopératoire et celle qui fait suite à un acte médicotechnique tel une intervention par voie endoscopique ou endovasculaire et l'imagerie interventionnelle.

Catégorie Z49 *Surveillance d'une dialyse*

Cette catégorie comprend la préparation à la dialyse (Z49.0) et la surveillance d'un patient en cours de dialyse, hémodialyse (Z49.1) et dialyse péritonéale (Z49.2).

Catégorie Z51 *Autres soins médicaux*

La catégorie Z51 est destinée au codage des prises en charges motivées par des actes **thérapeutiques** (radiothérapie, chimiothérapie, transfusion sanguine...).

Exemples :

– chimiothérapie pour tumeur : Z51.1 ;

– autres chimiothérapies dès lors que l'affection traitée n'est pas une tumeur : Z51.2 (le mot *chimiothérapie* a dans la CIM–10 le sens de « traitement par des moyens chimiques »[8]) ;

– souscatégorie Z51.3 : on ne tiendra pas compte de l'indication « sans mention de diagnostic », entre parenthèses. Elle est liée à l'esprit général du chapitre XXI de la CIM–10 et elle est sans conséquence pour le codage. Z51.3 a des extensions :

  – transfusion sanguine : Z51.30,

  – aphérèse sanguine : Z51.31 ;

– soins palliatifs : Z51.5.

Catégorie Z53 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués*

La catégorie Z53 permet le codage des circonstances dans lesquelles les soins envisagés ne peuvent être effectués ; le mot *acte* de l'intitulé doit être lu avec l'acception étendue de « prestation de soins », « prise en charge ».

Exemples :

– contre-indication à la rééducation : Z53.0 ;

---

[7] Pour le codage de la douleur on peut s'aider, outre de l'index alphabétique, des exclusions citées pour la catégorie R52 ; voir également les codes G54.6, G56.4 et la catégorie R30.

[8] Se reporter à ce qui a été écrit plus haut à propos des catégories Z08 et Z09.

Retour sommaire

– sortie contre avis médical : Z53.2.

Catégorie Z54 *Convalescence*

À réserver aux cas de convalescence **au sens strict du terme**, sans soins actifs particuliers.

Catégorie Z70 *Conseils relatifs aux attitudes, comportement et orientation en matière de sexualité*

Catégorie Z71 *Sujets en contact avec les services de santé pour d'autres conseils et avis médicaux, non classés ailleurs*

Usage exceptionnel, sauf Z71.0.

Catégorie Z76 *Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances*

Usage exceptionnel, sauf Z76.1 et Z76.2.

Catégorie Z93 *Stomies*

La catégorie Z93 est une rubrique de soins de stomie. On l'emploie pour le codage des soins courants tels qu'effectués ou effectuables à domicile (soins quotidiens d'hygiène, changements de poche, changements de canule de trachéostomie). Elle s'oppose à la catégorie Z43 : se reporter *supra* à la présentation de celle-ci.

4. EXEMPLES DE HIÉRARCHISATION ET DE CODAGE DE LA MORBIDITÉ

Rééducation et réadaptation d'une hémiplégie

Un patient a été pris en charge en SSR pour une hémiplégie spastique due à un infarctus cérébral par embolie sylvienne. Dans un premier temps l'essentiel des soins a porté sur la rééducation physique puis sur la réadaptation du patient à son environnement personnel (réapprentissage des gestes de la vie quotidienne).

Hiérarchisation	Codage
Semaines de rééducation FPP : rééducation physique MMP : hémiplégie spastique AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : G81.1 *Hémiplégie spastique* AE : I63.4 *Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*
Semaines de réadaptation FPP : réadaptation MMP : hémiplégie spastique AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne	FPP : Z50.8 *Soins impliquant* d'*autres moyens de rééducation* MMP : G81.1 *Hémiplégie spastique* AE : I63.4 *Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales*

Retour sommaire

Un patient a été pris en charge en SSR pour rééducation d'une hémiplégie flasque récente par infarctus cérébral dû à une thrombose de l'artère sylvienne gauche ; par ailleurs diabète non insulinodépendant et hypertension artérielle primitive.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : hémiplégie flasque AE : infarctus cérébral par embolie sylvienne DAS : diabète, hypertension artérielle	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : G81.00 *Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures* [i] AE : I63.3 *Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales* DAS : E11.5 *Diabète sucré non insulino-dépendant avec complications vasculaires*, I10 *Hypertension artérielle essentielle (primitive)*

[i] Code étendu national.

Soins après pneumonectomie

Un patient ayant subi une pneumonectomie pour cancer bronchique a bénéficié dans un premier temps de soins postopératoires (lutte contre la douleur...), puis d'une rééducation respiratoire.

Hiérarchisation	Codage
Soins postchirurgicaux FPP : soins postopératoires MMP : pneumonectomie AE : cancer bronchique lobaire supérieur	FPP : Z48.8 *Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés* MMP : Z90.2 *Absence acquise de poumon [partie de]* AE : C34.1 *Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon*
Rééducation FPP : rééducation respiratoire MMP : absence de poumon AE : cancer bronchique lobaire supérieur	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z90.2 *Absence acquise de poumon* AE : C34.1 *Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon*

Les soins ne se limitent pas aux pansements, ce qui explique le choix du code Z48.8 pour la FPP.

Soins après amputation d'un membre

Un patient a subi une amputation d'un membre inférieur en raison d'une artériopathie oblitérante. Dans un premier temps, l'essentiel des soins a concerné les pansements du moignon et la surveillance de la cicatrice. Celle-ci s'est secondairement infectée.

Retour sommaire

Ultérieurement il a été procédé à la mise en place et à l'adaptation d'une prothèse de la jambe, suivie de rééducation à la marche.

Hiérarchisation	Codage
Soins locaux de cicatrisation FPP : pansements postopératoires MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z89.5 *Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous* AE : I70.2 *Athérosclérose des artères distales*
Infection du moignon FPP : soins locaux MMP : infection du moignon AE : sans objet [i]	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : T87.4 *Infection d'un moignon d'amputation* AE : sans objet [i]
Adaptation de prothèse FPP : adaptation de prothèse MMP : amputé d'une jambe AE : artériopathie des membres inférieurs	FPP : Z44.1 *Mise en place et ajustement d'une jambe artificielle (totale) (partielle)* MMP : Z89.5 *Absence acquise d'un membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous* AE : I70.2 *Athérosclérose des artères distales*
Rééducation FPP : rééducation à la marche MMP : porteur d'une prothèse de membre inférieur AE : sans objet	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z97.1 *Présence d'un membre artificiel (complet) (partiel)* AE : sans objet

[i] L'AE n'est pas l'artériopathie car elle n'est pas la cause de l'infection. Il n'est pas indispensable d'enregistrer à nouveau l'amputation comme AE car la MMP comprend à la fois les notions d'infection et d'amputation.

Suites de chirurgie osseuse

Rééducation après ostéosynthèse d'une fracture diaphysaire du fémur.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation MMP : porteur d'une ostéosynthèse du fémur AE : fracture diaphysaire du fémur	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z96.7 *Présence d'autres implants osseux et tendineux* AE : S72.3 *Fracture de la diaphyse fémorale*

Retour sommaire

Rééducation suite à la mise en place d'une prothèse de hanche après une fracture du col du fémur.

Hiérarchisation	**Codage**
FPP : rééducation MMP : porteur de prothèse de hanche AE : fracture du col du fémur	FPP : Z50.1 *Autres thérapies physiques* MMP : Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques* AE : S72.0 *Fracture du col du fémur*

Soins locaux après retrait d'une vis d'ostéosynthèse d'une fracture du tibia, menaçant la peau.

Hiérarchisation	**Codage**
FPP : soins locaux postopératoires MMP : patient opéré AE : déplacement d'une vis d'ostéosynthèse	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z98.8 *États post chirurgicaux précisés* AE : T84.1 *Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre* [i]

Z98.8 est le code à employer pour les états postopératoires lorsque l'intervention subie ne relève pas des catégories Z52, Z89, Z90, Z94, Z95 ou Z96.

[i] La complication ayant été traitée, elle n'est pas la MMP mais bien l'AE, à l'origine de l'intervention chirurgicale.

Rééducation après fractures d'une malléole externe et d'un poignet. Seule la fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras a été ostéosynthésée. L'essentiel de la rééducation a porté sur la cheville.

Hiérarchisation	**Codage**
FPP : rééducation MMP : fracture de la cheville AE : sans objet DAS : porteur d'une ostéosynthèse du poignet	FPP : Z50.1 Autres thérapies physiques MMP : S82.6 *Fracture de la malléole externe* AE : sans objet DAS : Z96.7 *Présence d'autres implants osseux et tendineux*

Le codage des lésions traumatiques doit utiliser les codes « S » qui les identifient individuellement et non les codes T de lésions traumatiques multiples qui ne sont pas autorisés du fait de leur imprécision. La fracture du poignet étant ostéosynthésée, elle n'est pas codée en tant que fracture (S62.–) mais Z96.7 *Présence d'autres implants osseux et tendineux.*

Retour sommaire

Suite de chirurgie cardiaque

Un patient est hospitalisé après un pontage coronaire en raison d'un infarctus du myocarde antérieur. Les soins ont dans un premier temps essentiellement porté sur la surveillance postopératoire (soins de la cicatrice, surveillance électrocardiographique et échographique, ajustement du traitement anticoagulant), puis la rééducation cardiaque à l'effort est effectuée.

Hiérarchisation	Codage
Soins postopératoires FPP : surveillance postopératoire MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur	FPP : Z48.8 *Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés* MMP : Z95.1 *Présence d'un pontage aorto-coronaire* AE : I21.08 *Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge* [i]
Rééducation cardiaque FPP : rééducation cardiaque MMP : porteur d'un pontage coronaire AE : infarctus du myocarde antérieur	FPP : Z50.0 *Rééducation des cardiaques* MMP : Z95.1 *Présence d'un pontage coronaire* AE : I21.08 *Infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde, autres prises en charge* [i]

Les soins ne se limitent pas aux pansements ce qui explique le choix du code Z48.8 pour la FPP.
[i] Code national étendu créé pour distinguer la prise en charge initiale en soins intensifs des prises en charge ultérieures (« autres »).

Sevrage alcoolique

Un patient a bénéficié de soins relatifs à la poursuite du sevrage d'un alcoolisme chronique.

Hiérarchisation	Codage
FPP : sevrage alcoolique MMP : alcoolisme chronique AE : sans objet	FPP : Z50.2 *Sevrage d'alcool* MMP : F10.2 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance* [i] AE : sans objet

[i] Il est possible d'employer des subdivisions à but descriptif utilisant des cinquième et sixième caractères.

Intercure de chimiothérapie

Une patiente est hospitalisée dans le cours d'une chimiothérapie pour cancer du sein (quadrant supéro-interne). Les soins en SSR ont concerné la préparation puis la surveillance après chimiothérapie.

Hiérarchisation	Codage
Préparation FPP : préparation à une chimiothérapie MMP : cancer du sein AE : sans objet	FPP : Z51.4 *Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs* MMP : C50.2 *Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein* AE : sans objet
Surveillance après chimiothérapie FPP : surveillance après chimiothérapie MMP : cancer du sein AE : sans objet	FPP : Z08.2 *Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne* MMP : C50.2. *Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein* AE : sans objet

Survenue d'une affection aigüe intercurrente

Un patient amputé du membre inférieur gauche en raison d'une artériopathie oblitérante est hospitalisé pour pansement du moignon. Au cours du séjour il a présenté une pyélonéphrite qui a mobilisé l'essentiel des soins pendant deux semaines, au cours desquelles les pansements du moignon ont été poursuivis.

Hiérarchisation	**Codage**
FPP : diagnostic et traitement d'une affection aigüe MMP : pyélonéphrite aigüe AE : sans objet DAS : amputation, artériopathie des membres inférieurs	FPP : ZAIGU MMP : N10 *Néphrite tubulo-interstitielle aigüe* AE : sans objet DAS : Z89.5 *Absence acquise de membre inférieur, au niveau du genou ou au-dessous*, I70.2 *Athérosclérose des artères distales*

Retour sommaire

Une patiente est hospitalisée pour une rééducation après mise en place d'une prothèse de hanche. Au cours du séjour elle présente une phlébite surale du membre inférieur droit. La rééducation est arrêtée, le traitement de la phlébite mobilise l'essentiel des soins pour la semaine concernée.

Hiérarchisation	Codage
FPP : diagnostic et traitement d'une affection aigüe MMP : phlébite surale AE : sans objet DAS : prothèse de hanche	FPP : ZAIGU MMP : I80.2 *Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs* AE : sans objet DAS : Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques*

Pansements de brulure

Un patient atteint de brulures du 2e degré de la main droite a bénéficié dans un premier temps, après son séjour initial en chirurgie, de pansements. Il a ensuite été réhospitalisé en MCO pour une greffe de peau de la paume, après laquelle il a été réadmis en SSR.

Hiérarchisation	Codage
Pansements FPP : pansements MMP : brulure d'une main au 2e degré [i] AE : surface brulée [i]	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : T23.2 *Brulure du second degré du poignet et de la main* [i] AE : T31.0 *Brulures couvrant moins de 10 % de la surface du corps* [i]
Suite de greffe de peau FPP : pansements postopératoires MMP : greffe de peau AE : brulure d'une main au 2e degré [i] DAS : surface brulée [i]	FPP : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux* MMP : Z94.5 *Greffe de peau* AE : T23.2 *Brulure du second degré du poignet et de la main* [i] DAS : T31.0 *Brulures couvrant moins de 10 % de la surface du corps* [i]

[i] Pour la CIM–10, une brulure se code au moyen de deux informations, d'une part sa localisation et son degré, d'autre part sa surface. La première information est prioritaire : voir la note située sous le titre de la catégorie T31 dans le volume 1 de la CIM–10.

Rééducation nutritionnelle

Une jeune fille présentant une obésité (IMC 35 kg/m^2) liée à un état anxiodépressif, a essentiellement bénéficié d'une rééducation nutritionnelle, accompagnée d'une psychothérapie.

Hiérarchisation	Codage
FPP : rééducation nutritionnelle MMP : obésité, IMC à 35 AE : état anxiodépressif	FPP : Z71.3 *Surveillance et conseils diététiques* MMP : E66.00 *Obésité due à un excès calorique, indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 40 kg/m^2* [i] AE : F41.2 *Trouble anxieux et dépressif mixte*

[i] Code national étendu.
La psychothérapie n'est pas à renseigner en tant que DAS car elle doit être codée comme un acte selon le *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation*.

Soins médicaux

Un patient ayant présenté un épisode d'œdème aigu du poumon sur fibrillation auriculaire paroxystique, atteint d'une cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque globale, est admis en SSR dans les suites de cet épisode après stabilisation de son état. Il a bénéficié d'une surveillance et de la poursuite des soins médicaux (équilibration du traitement).

Hiérarchisation	Codage
FPP : soins médicaux et surveillance MMP : œdème pulmonaire AE : fibrillation auriculaire DAS : cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque	FPP : Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs* [i] MMP : I11.0 *Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)* AE : I48 *Fibrillation et flutter auriculaires*

[i] Code national étendu.

Retour sommaire

Après un séjour en MCO pour décompensation d'un diabète insulinodépendant, un patient a été hospitalisé en SSR en raison des difficultés à équilibrer son traitement. Il est par ailleurs porteur d'une cardiopathie ischémique et d'une presbyacousie.

Hiérarchisation	**Codage**
FPP : soins médicaux MMP : diabète insulinodépendant AE : sans objet DAS : cardiopathie ischémique	FPP : Z 51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux* MMP : E10.9 *Diabète sucré insulino-dépendant, sans complication* AE : sans objet DAS : I 25.5 *Myocardiopathie ischémique*

La FPP est codée Z51.88 car les soins ont essentiellement porté sur l'équilibre de l'insulinothérapie. La cardiopathie ischémique, dont le traitement est poursuivi, est un DAS. En revanche, le déficit auditif n'est pas un DAS car il n'a pas motivé de prise en charge pendant la semaine.

II. COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES *ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE*

La cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle est effectuée à l'issue de la semaine observée et mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante. Elle n'est pas un instrument de mesure de la charge en soins.

1. RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

La dépendance du patient est cotée à l'issue de chaque semaine dans chaque RHS produit.

1.1 SIX VARIABLES

Le niveau de dépendance du patient doit être mesuré systématiquement pour chacune des **six variables** suivantes :

- habillage ;
- déplacements et locomotion ;
- alimentation ;
- continence ;
- comportement ;
- relation et communication.

1.2 UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS *ACTIONS*

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs actions de la vie quotidienne. Par exemple, l'habillage inclut deux actions : l'habillage du haut du corps et l'habillage du bas du corps.

1.3 QUATRE NIVEAUX DE COTATION

Chaque variable de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants :

1 Indépendance

Complète : le patient est totalement autonome.
Modifiée :

- le patient a besoin d'aides techniques qu'il maitrise parfaitement ;
- ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable ;

- ou il le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais elle n'a **aucun contact physique** avec le patient.

3 Assistance partielle

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **partiellement** au moins une action.

4 Assistance totale

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **la totalité** d'au moins une action.

Tableau récapitulatif

Cotation	Niveau de dépendance	Nécessité d'une aide ou non
1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers
4	Assistance totale	

1.4 PRINCIPES DE COTATION

Chaque action doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de la semaine observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles ou psychologiques.

Exemple : si un patient refuse de s'habiller, bien qu'il en soit capable, et qu'il doive de ce fait être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation pour l'habillage est 4.

Si lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparait que le patient n'effectue pas les différentes actions de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance.

Exemple : le patient s'habille seul pour le haut du corps et demande seulement de l'aide pour les boutons ; en revanche il doit être habillé pour le bas du corps ; dans ce cas l'action habillage du haut du corps est cotée 3 et l'action habillage du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter 4 la variable habillage.

2. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

2.1 HABILLAGE

L'habillage inclut deux actions :

Retour sommaire

- l'habillage du haut du corps : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.
- l'habillage du bas du corps : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'aux pieds, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.

1 Indépendance complète ou modifiée

S'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle, peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sousvêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression, peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse, OU requiert une adaptation pour attacher ses vêtements, OU prend plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

2.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

Ils incluent cinq actions :

- les transferts lit-chaise-fauteuil roulant : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement ;
- les transferts aux toilettes : s'asseoir et se relever du siège des toilettes ;
- les transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche ;
- la locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité ;
- l'utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches). Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l'action d'utilisation des escaliers.

1 Indépendance complète ou modifiée

Effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

Retour sommaire

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation), OU un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied), OU nécessite une supervision pour parcourir 45 mètres, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant), ou pour monter ou descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une des quatre ou cinq actions.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une des quatre ou cinq actions.

2.3 ALIMENTATION

Elle inclut trois actions nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

- utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche ;
- mastication ;
- déglutition (avaler la bouchée ou la gorgée).

1 Indépendance complète ou modifiée

Mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers, OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau, fourchette, etc.), OU requiert plus de temps que la normale, OU nécessite des aliments à consistance modifiée. Si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation), OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides), OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois actions, OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions, OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

2.4 CONTINENCE

Elle inclut deux actions :

- le contrôle de la miction : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction, OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle ;
- le contrôle de la défécation : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation, OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

1 Indépendance complète ou modifiée

Contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériels spécifiques pour la continence :

- urinaire : urinal, bassin de lit, chaise d'aisance, couche, serviette absorbante, sonde, collecteur urinaire, médicaments ;
- fécal : bassin de lit, chaise d'aisance, stimulation digitale, lavement, médicaments, poche de stomie.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (éducation), OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant, OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc.) pour au moins l'une des deux actions, OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour).

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques

Pour un patient porteur d'une sonde à demeure, c'est la gestion de la poche à urine qui est cotée et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier :

- si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1
- si un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2
- si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

Pour un patient porteur d'un système de stomie, c'est la gestion de ce système qui est mesurée (cotations : voir ci-dessus).

2.5 COMPORTEMENT

Il inclut une action, l'interaction sociale, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

Retour sommaire

1 Indépendance complète ou modifiée

Se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas, OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médications pour garder le contrôle.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 Assistance partielle

Ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 Assistance totale

Se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives ; langage excessif, grossier, violent ; rires et pleurs excessifs ; violences physiques ; attitude très renfermée ou sans interaction.

Remarque : la démence ou toute autre affection mentale du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité, à l'aide d'un ou plusieurs codes de la CIM–10.

2.6 RELATION ET COMMUNICATION

Elles incluent deux actions :

- la compréhension d'une communication visuelle ou auditive ;
- l'expression claire du langage verbal et non verbal.

1 Indépendance complète ou modifiée

Comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées, OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

Requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support, etc.).

3 Assistance partielle

Ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 Assistance totale

Ne s'exprime pas et/ou ne communique pas, OU le fait de façon inappropriée.

Retour sommaire

On rappelle que la cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle est effectuée à l'issue de la semaine observée et mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante. Elle n'est pas un instrument de mesure de la charge en soins.

3. EXEMPLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

3.1. HABILLAGE

1) Un patient ayant un déficit de flexion de la hanche et du genou met seul son slip et son pantalon mais ne pouvant atteindre ses pieds avec ses mains, il a été aidé pour mettre ses chaussettes et ses chaussures.

Ce patient assure une partie de son habillage du bas du corps, une assistance partielle n'a été nécessaire que pour les chaussettes et les chaussures :

- la cotation pour le haut du corps est 1 ;
- la cotation pour le bas du corps est 3.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière d'habillage, la cotation est donc ici : **3**.

2) Quelle cotation utiliser lorsque le patient est confronté à la mise en place d'un dispositif tel que corset, serre-corps, bas ou bandes de contention veineux, collier cervical, ceinture lombaire ?

- leur mise en place est cotée **1** lorsque le patient l'assume totalement ;
- elle est cotée **2** dans tous les autres cas, quel que soit le niveau de l'aide (supervision ou arrangement, assistance partielle ou totale).

3.2 DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

1) Une patiente marche en terrain plat à petits pas avec un déambulateur, sans surveillance. Pour descendre les escaliers elle a dû être accompagnée par un soignant qui lui tient le bras.

Cette patiente a nécessité un accompagnement avec contact physique pour descendre les escaliers :

- la locomotion autonome en terrain plat est cotée 1 ;
- l'assistance pour l'utilisation des escaliers est cotée 3.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de déplacement, la cotation est donc ici : **3**.

2) Un patient utilise un fauteuil roulant. Il a eu besoin d'aide pour passer du lit au fauteuil (soutien et positionnement par le soignant). Une fois assis dans son fauteuil, il se déplace de façon autonome.

Retour sommaire

Ce patient a eu besoin d'une aide partielle avec contact du soignant pour le transfert :

- la locomotion autonome avec son fauteuil roulant est cotée 1 ;
- les transferts sont cotés 3 car le patient y participe, l'assistance du soignant n'est que partielle.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de déplacement, la cotation est donc ici : **3**.

3. 3 ALIMENTATION

1) Un patient prend ses repas chaque jour dans la salle à manger de l'établissement, sans assistance (une fois servi, il coupe la viande et ouvre les récipients lui-même). Une suspicion de thrombophlébite profonde oblige à l'immobiliser au lit et à lui apporter ses repas sur un plateau. Dans les deux cas, à la salle à manger ou au lit, le patient est autonome pour s'alimenter. La cotation est donc : **1**.

2) Une patiente est installée à table, le personnel ouvre sa bouteille d'eau et le pot de yaourt. La patiente mange seule mais elle a eu besoin d'une aide pour l'ouverture des récipients ; l'aide est cotée : **2**.

3.4 CONTINENCE

1) Un patient va seul aux toilettes dans la journée ; la nuit il a besoin de couches. Il met et ôte seul ses couches. Il est autonome pour leur utilisation, la cotation est : **1**

2) Une patiente vient de subir une colectomie, elle est porteuse d'une colostomie :

- au début de la semaine, l'infirmière lui apprend à changer ses poches ; l'éducation est cotée 2 ;
- à la fin de la semaine elle est autonome pour le changement des poches (elle place et nettoie seule le matériel) et les soins cutanés ; la cotation est 1.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de continence, la cotation est donc ici : **2**.

3.5 COMPORTEMENT, RELATION ET COMMUNICATION

3.5.1 **Comportement**

1) Un patient avec métastases osseuses reste très douloureux malgré son traitement. Il est anxieux. Il sollicite très fréquemment le personnel :

- au début de la semaine il était parfois agressif avec ses voisins, le personnel doit intervenir occasionnellement pour aplanir les conflits, la cotation est 3 ;
- à la fin de la semaine il se comporte de manière adaptée dans les situations sociales et thérapeutiques, la cotation est 1.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de comportement, la cotation est donc ici : **3**.

Retour sommaire

2) Un patient de 5 ans, anorexique et très renfermé, ne communique pas, s'isole et pleure souvent. Malgré son mutisme, il participe bien à ses soins, il faut le stimuler pour terminer ses repas :

- au début de la semaine c'est un enfant très renfermé ; il se conduit le plus souvent de manière inappropriée (s'isole et pleure souvent), la cotation est 4 ;
- à la fin de la semaine, malgré son mutisme, il participe bien aux soins. Il faut juste une supervision, la cotation est 2.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de comportement, la cotation est donc ici : **4**.

3.5.2 **Relation et communication**

1) Un patient hémiplégique a des difficultés à s'exprimer à l'aide de mots. Il nécessite une attention particulière pour se faire comprendre.

- au début de la semaine il n'utilise que des mots et des expressions simples ; il nécessite une aide fréquente pour trouver ses mots ; la cotation est 3 ;
- à la fin de la semaine, sa compréhension est bonne, son expression un peu difficile nécessite parfois de le faire répéter et de lui poser des questions, la cotation est 2.

Il faut retenir l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance en matière de communication, la cotation est donc ici : **3**.

2) Un patient traumatisé crânien, a établi pour communiquer avec le personnel soignant des gestes conventionnels simples (clignements des paupières pour « oui » et « non », gestes des mains, etc.). La cotation est **3**.

Retour sommaire

Appendice : codes de la CIM–10 étendus

La table analytique (chapitres I à XXII[1]) de la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM–10) est divisée en *catégories* dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories sont subdivisées en *sous-catégories* codées avec quatre caractères. Pour le recueil d'informations du PMSI, la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée ; les codes à trois caractères ne sont admis que lorsqu'ils correspondent à des catégories non subdivisées. Mais les recueils standard d'information du PMSI utilisent aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère. Ils ont deux origines :

- des extensions prévues par la CIM–10 elle-même ; il s'agit donc d'extensions à caractère international ;
- la création d'extensions nationales.

1. Les extensions internationales

La CIM–10 propose des extensions de codes dans ses chapitres XIII *Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif*, XIX *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes* et XX *Causes externes de morbidité et de mortalité*. Elles sont présentées comme « une sous-classification » ou comme « des subdivisions données à titre facultatif ».

Dans les recueils standard du PMSI ces extensions doivent être placées en cinquième position des codes. Lorsqu'elles s'appliquent à un code à trois caractères (catégorie de la CIM–10 non subdivisée) la quatrième position vide doit être complétée par le signe « + » (plus). Par exemple : M45.+7 *Spondylarthrite ankylosante lombosacrée* (code M45 de la spondylarthrite ankylosante étendu par le code 7 de la localisation lombosacrée : CIM–10, volume 1, subdivisions relatives au groupe M40–M54 *Dorsopathies*[2]).

Pour ce qui concerne le chapitre V de la CIM–10 *Troubles mentaux et du comportement*, les extensions de ses codes se fondent sur la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche*[3]. En raison de leur grand nombre, elles ne sont pas incluses dans cet appendice. Le chapitre V *in extenso* de la CIM–10, incluant les extensions, est accessible sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Pour son emploi, il est recommandé de consulter l'avertissement figurant dans l'encadré de la page suivante.

2. Les extensions nationales

Les modifications nationales consistent essentiellement en des extensions de codes de la CIM–10 mais elles comprennent aussi en 2009 (pour la version 11 des GHM) la création d'une catégorie : U90 *Autres formes de pharmacorésistance*, comportant deux souscatégories : U90.0 *Résistance aux antiépileptiques* et U90.9 *Résistances a un traitement, autres et sans précision.*

---

[1] Le chapitre XXII a été créé par la mise à jour de 2003.

[2] Référence : édition imprimée en 3 volumes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM–10) ; OMS éd.

[3] Ouvrage coédité par l'Organisation mondiale de la santé et Masson (1994).

Retour sommaire

Les extensions de codes de la CIM–10 à usage national ont été créées pour le PMSI dans un double but :

- apporter plus de précision à certains codes pour permettre le repérage de prises en charge susceptibles d'expliquer des différences de consommation de ressources ;
- apporter plus d'information à visée documentaire, à la demande de sociétés savantes.

Il a été décidé de donner aux utilisateurs – tout particulièrement en psychiatrie – la possibilité d'utiliser une version augmentée de la CIM–10 la plus complète possible. C'est pourquoi le chapitre V publié par l'ATIH inclut les propositions de codage fournies dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche* (ouvrage à couverture verte, coédité par l'OMS et Masson). Celle-ci reprend en effet les extensions de codes mentionnées dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (ouvrage à couverture bleue, coédité par l'OMS et Masson), à l'exception de celles pour la catégorie F66 (*cf. infra*) et en y ajoutant les siennes propres. **L'ATIH insiste sur le fait que ces deux ouvrages ne doivent pas être utilisés pour le codage** : ils contiennent de nombreuses erreurs de codes, et les libellés peuvent différer de ceux du volume 1 de la CIM–10, qui reste l'ouvrage réglementaire de référence. D'autre part, pour respecter les prescriptions internationales, la 4e position du code (celle située après le point) ne peut pas être employée : toutes les extensions utilisant cette position ont donc été révisées, en déplaçant le caractère supplémentaire en 5e position et en remplaçant la 4e position actuellement vide par le signe « + » (plus). **Ce sont donc bien les libellés et codes donnés dans le document en téléchargement sur le site de l'ATIH que les utilisateurs doivent employer.** Par ailleurs, seules les modifications présentes dans le document fourni par l'ATIH sont intégrées dans les tables de contrôle du recueil et de la *fonction groupage*. Les extensions de F66 caractérisant des orientations sexuelles, mentionnées dans le « livre bleu », non reprises dans le « livre vert », ne peuvent pas être utilisées.

On insiste également sur le fait que l'emploi de certains libellés ainsi complétés peut entrainer des difficultés, en particulier quand ils intègrent des informations de nature différente : ainsi en est-il, par exemple, de l'extension « avec traumatismes ou autres blessures physiques » (5e caractère « 1 ») proposée avec le 4e caractère « .0 » des catégories F10–F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Chaque fois qu'un libellé contient plusieurs informations qui peuvent être codées distinctement, il est préférable d'utiliser un codage multiple. Cette consigne est tout spécialement à appliquer pour les extensions suivantes, utilisables :

– avec le caractère .0 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec traumatismes ou autres blessures physiques* : coder ceux-ci selon leur nature

2 *avec d'autres complications médicales* : coder celles-ci selon leur nature

5 *avec coma* : coder en sus le coma

6 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

– avec le caractère .3 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

– avec le caractère .4 des codes du groupe F10–F19 :

1 *avec convulsions* : coder en sus les convulsions

> Le remaniement du chapitre V a été l'occasion d'intégrer les règles d'orthographe, de ponctuation et de typographie recommandées en France. Les libellés incomplets (non signifiants hors contexte) ont été reconstitués. La prise en compte de toutes ces modifications a obligé à modifier la mise en page initiale du chapitre V : c'est la raison de sa publication *in extenso* sur le site Internet de l'ATIH.

On désignera dans ce qui suit par « codes pères » les codes bénéficiant d'extensions nationales, créées pour les besoins du PMSI ou à titre documentaire. Les codes étendus qui en résultent seront nommés « codes fils ».

Le tableau suivant recense les extensions nationales utilisables en 2012. Les parenthèses, crochets et notes d'exclusion ont le même sens que dans la CIM–10. Bien qu'on se situe à un niveau inférieur à celui de la catégorie, les notes d'inclusion sont introduites par « ***Comprend :*** » pour la clarté de la présentation. Dans ce tableau :

- on entend par « code père » le code immédiatement susjacent au code étendu observé ; par exemple, ci-dessous, A63.0 est le code père de A63.00 et de A63.08 ; dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche,* F11.24 est le code père de F11.240 ;
- la colonne « Année création » indique l'année de création du code étendu (code fils).

Codes	Année création	Intitulé
A63.00	1998	Condylomes anaux (vénériens)
A63.08	1998	Autres condylomes anogénitaux (vénériens)
B24.+0	1997	Complexe relatif au SIDA [préSIDA] [*ARC*], sans précision
B24.+1	1997	Syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA] avéré, sans précision
B24.+9	1997	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], sans précision
B60.80	1997	Microsporidiose extra-intestinale
B60.88	1997	Maladie précisée due à d'autres protozoaires
B99.+0	2002	Autres maladies infectieuses précisées
B99.+1	2002	Syndrome infectieux sans cause trouvée
C16.9+0	2009	Estomac, tumeur maligne familiale liée au gène CDH 1
C16.9+8	2009	Estomac, tumeurs malignes autres et non précisées
C18.9+0	2009	Syndrome de Lynch
C18.9+8	2009	Côlon, tumeurs malignes autres et non précisées
C25.4+0	2009	Pancréas endocrine, tumeur maligne avec néoplasie endocrine multiple de type I [NEM 1]
C25.4+8	2009	Pancréas endocrine, tumeurs malignes autres et non précisées
C25.9+0	2009	Pancréas, tumeur maligne familiale
C25.9+8	2009	Pancréas, tumeurs malignes autres et non précisées
C46.70	1997	Sarcome de Kaposi de la sphère O.R.L.
C46.71	1997	Sarcome de Kaposi digestif
C46.72	1997	Sarcome de Kaposi pulmonaire
C46.78	1997	Sarcome de Kaposi d'autres localisations
C49.30	2002	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax ***Comprend :*** veine cave supérieure
C49.38	2002	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres

C49.40	2002	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l’abdomen ***Comprend :*** veine cave inférieure
C49.48	2002	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l’abdomen, autres
C49.50	2002	(Tumeur maligne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis
C49.58	2002	(Tumeurs malignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
C80.+0	2002	Tumeur maligne primitive de siège inconnu

***NB** :* depuis 2011, pour coder une tumeur maligne de siège primitif non précisé ou inconnu, il est déconseillé d’employer C80.+0. Il faut lui préférer C80.0 (sans signe « + ») *Tumeur maligne de siège primitif non précisé, ainsi décrit*, souscatégorie créée par l'OMS dans la catégorie C80 *Tumeur maligne de siège non précisé*.

D12.6+0	2009	Polypose (colique) familiale adénomateuse
D12.6+1	2009	Polypose (colique) liée au gène APC
D12.6+2	2009	Polypose (colique) liée au gène MYH
D12.6+3	2009	Polypose (colique) festonnée
D12.6+4	2009	Polypose (colique) juvénile
D12.6+5	2009	Polypose (colique) au cours du syndrome de Peutz–Jeghers
D12.6+6	2009	Polypose (colique) au cours de la maladie de Cowden
D12.6+8	2009	Tumeurs bénignes du côlon, autres et non précisées
D13.90	2002	(Tumeur bénigne de la) Rate
D21.30	2002	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du thorax ***Comprend :*** veine cave supérieure ***À l’exclusion de :*** hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.38	2002	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres
D21.40	2002	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) de l’abdomen ***Comprend :*** veine cave inférieure ***À l’exclusion de :*** hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.48	2002	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous de l’abdomen, autres
D21.50	2002	(Tumeur bénigne des) Vaisseaux (sanguins) (lymphatiques) du pelvis ***À l’exclusion de :*** hémangiome, lymphangiome (D18.–)
D21.58	2002	(Tumeurs bénignes du) Tissu conjonctif et autres tissus mous du pelvis, autres
D44.40	2002	Craniopharyngiome
D44.48	2002	Autres tumeurs du canal craniopharyngien à évolution imprévisible ou inconnue
D48.30	2002	Tératome [dysembryome] sacrococcygien
D48.38	2002	Autres tumeurs du rétropéritoine à évolution imprévisible ou inconnue
E11.00	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec coma
E11.08	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec coma
E11.10	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec acidocétose
E11.18	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec acidocétose
E11.20	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications rénales
E11.28	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications rénales
E11.30	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications oculaires
E11.38	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications oculaires

E11.40	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications neurologiques
E11.48	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications neurologiques
E11.50	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications vasculaires périphériques
E11.58	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications vasculaires périphériques
E11.60	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec autres complications précisées
E11.68	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec autres complications précisées
E11.70	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications multiples
E11.78	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications multiples
E11.80	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, avec complications non précisées
E11.88	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, avec complications non précisées
E11.90	2011	Diabète sucré non insulinodépendant insulinotraité, sans complication
E11.98	2011	Diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, sans complication
E66.00	2006	Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m²
E66.01	2006	Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m²
E66.02	2009	Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.09	2009	Obésité due à un excès calorique, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.10	2006	Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m²
E66.11	2006	Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m²
E66.12	2009	Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.19	2009	Obésité médicamenteuse, avec indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.20	2006	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m²
E66.21	2006	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m²
E66.22	2009	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.29	2009	Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, avec indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E66.80	2006	Autres obésités, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m²
E66.81	2006	Autres obésités, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m²
E66.82	2009	Autres obésités, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.89	2009	Autres obésités, avec indice de masse corporelle [IMC] non précisé

Retour sommaire

E66.90	2006	Obésité, sans précision, avec indice de masse corporelle [IMC] inférieur à 40 kg/m²
E66.91	2006	Obésité, sans précision, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m²
E66.92	2009	Obésité sans précision, avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 50 kg/m²
E66.99	2009	Obésité sans précision, avec indice de masse corporelle [IMC] non précisé
E83.50	2009	Hypercalcémie supérieure à 3 millimoles [mmol] par litre
E83.51	2009	Hypocalcémie inférieure à 1,5 millimoles [mmol] par litre
E83.58	2009	Anomalies du métabolisme du calcium, autres et sans précision
E87.00	2009	Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles [mmol] par litre
E87.08	2009	Hyperosmolarités et hypernatrémies, autres et sans précision
E87.10	2009	Hyponatrémie inférieure à 120 millimoles [mmol] par litre
E87.18	2009	Hypoosmolarités et hyponatrémies, autres et sans précision
E87.50	2009	Hyperkaliémie supérieure à 6,5 millimoles [mmol] par litre
E87.58	2009	Hyperkaliémies, autres et sans précision
E87.60	2009	Hypokaliémie inférieure à 2,5 millimoles [mmol] par litre
E87.68	2009	Hypokaliémies, autres et sans précision
G81.00	2007	Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures
G81.01	2007	Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures
G81.08	2007	Hémiplégie flasque, autre et sans précision
G83.8+0	1998	Syndrome de déafférentiation motrice [*locked-in syndrome*]
G83.8+8	1998	Autres syndromes paralytiques précisés, non classés ailleurs
H32.00*	1997	Rétinite à cytomégalovirus (B25.8†)
H32.01*	1997	Rétinite à *Toxoplasma* (B58.0†)
H32.08*	1997	Affections choriorétiniennes au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs
I20.0+0	2002	Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques
I21.00	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I21.000	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.08	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I21.10	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I21.100	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.18	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I21.20	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d’autres localisations, prise en charge initiale
I21.200	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d’autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.28	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde d’autres localisations, autres prises en charge
I21.30	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale
I21.300	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.38	2002	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, autres prises en charge
I21.40	2002	Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale

I21.400	2002	Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.48	2002	Infarctus sousendocardique (aigu du myocarde), autres prises en charge
I21.90	2002	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale
I21.900	2002	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I21.98	2002	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, autres prises en charge
I22.00	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
I22.000	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.08	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
I22.10	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale
I22.100	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.18	2002	Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
I22.80	2002	Infarctus du myocarde à répétition d’autres localisations, prise en charge initiale
I22.800	2002	Infarctus du myocarde à répétition d’autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.88	2002	Infarctus du myocarde à répétition d’autres localisations, autres prises en charge
I22.90	2002	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale
I22.900	2002	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
I22.98	2002	Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, autres prises en charge
~~I98.20*~~	~~2002~~	~~Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, hémorragiques~~
~~I98.29*~~	~~2002~~	~~Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs, non hémorragiques ou sans précision~~

NB : l'emploi des codes I98.20 et I98.29 n’est plus possible depuis 2011. Il faut employer les codes des libellés créés par l’OMS en 2009 : respectivement I98.3* *Varices œsophagiennes hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs* et I98.2* *Varices œsophagiennes non hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs*

J96.1+0	1998	Insuffisance respiratoire chronique obstructive
J96.1+1	1998	Insuffisance respiratoire chronique restrictive
J98.60	2002	Paralysie du diaphragme
J98.68	2002	Autres maladies du diaphragme
K23.80*	1997	Œsophagite herpétique (B00.8†)
K23.81*	1997	Œsophagite à *Candida* (B37.8†)
K23.88*	1997	Atteintes de l'œsophage au cours de maladies classées ailleurs, autres
K63.5+0	2009	Polypose (colique) hyperplasique
K63.5+8	2009	Polype du côlon, autre et non précisé
K86.1+0	2009	Pancréatite chronique héréditaire
K86.1+8	2009	Pancréatites chroniques, autres et non précisées
K87.00*	1997	Cholangite à cytomégalovirus (B25.8†)
K87.08*	1997	Atteintes de la vésicule biliaire et des voies biliaires au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.80*	1997	Atteintes de la cavité buccale au cours de maladies classées ailleurs

K93.81*	1997	Atteintes de l'estomac au cours de maladies classées ailleurs
K93.82*	1997	Atteintes de l'intestin au cours de maladies classées ailleurs
K93.820*	1997	Colite à cytomégalovirus (B25.8†)
K93.828*	1997	Atteintes de l'intestin au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.83*	1997	Atteintes du rectum au cours de maladies classées ailleurs
K93.830*	1997	Infection du rectum par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.838*	1997	Atteintes du rectum au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.84*	1997	Atteintes de l'anus au cours de maladies classées ailleurs
K93.840*	1997	Infection de l'anus par le virus de l'herpès (A60.1†)
K93.848*	1997	Atteintes de l'anus au cours d'autres maladies classées ailleurs
K93.88*	1997	Atteintes d'organes digestifs précisés autres, au cours de maladies classées ailleurs
L51.20	1998	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement cutané égal ou supérieur à 30% (de la surface du corps)
L51.29	1998	Épidermolyse nécrosante suraiguë [Lyell] avec décollement cutané inférieur à 30% (de la surface du corps) ou sans précision
M62.8–0	1998	Rhabdomyolyse, siège non précisé
M62.8–8	1998	Autres atteintes musculaires précisées, non classées ailleurs, siège non précisé
N01.70	1997	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N01.79	1997	Syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, autre et sans précision
N02.00	1997	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.09	1997	Hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
N02.10	1997	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N02.19	1997	Hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.10	1997	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.19	1997	Syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre et sans précision
N03.30	1997	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.39	1997	Syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, autre et sans précision
N03.80	1997	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N03.89	1997	Syndrome néphritique chronique avec autres lésions morphologiques, autre et sans précision
N04.00	1997	Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'immunoglobuline A [Ig A]
N04.09	1997	Syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, autre et sans précision
P36.00	1999	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.09	1999	Infection du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P36.10	1999	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.19	1999	Infection du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P36.20	1999	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.29	1999	Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.30	1999	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision

Retour sommaire

P36.39	1999	Infection du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P36.40	1999	Sepsis du nouveau-né à Escherichia coli
P36.49	1999	Infection du nouveau-né à Escherichia coli
P36.50	1999	Sepsis du nouveau-né due à des anaérobies
P36.59	1999	Infection du nouveau-né due à des anaérobies
P36.80	1999	Autres sepsis du nouveau-né
P36.89	1999	Autres infections bactériennes du nouveau-né
P36.90	1999	Sepsis du nouveau-né, sans précision
P36.99	1999	Infection bactérienne du nouveau-né, sans précision
Q18.00	2002	Kyste de la queue du sourcil
Q18.08	2002	Autres fissures, fistules et kystes d'origine branchiale
R26.30	2009	État grabataire[4]
R26.38	2009	Immobilité, autre et sans précision
R47.00	2007	Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures
R47.01	2007	Aphasie récente, régressive dans les 24 heures
R47.02	2007	Aphasie, autre et sans précision
R47.03	2007	Dysphasie
R53.+0	2002	Altération [baisse] de l'état général
R53.+1	2002	Malaise ***À l'exclusion de :*** avec perte de connaissance (R55)
R53.+2	2002	Fatigue [asthénie]
R54.+0	2002	Syndrome de glissement (sénile)
R54.+8	2002	Autres états de sénilité sans mention de psychose
S25.80	1997	Lésion traumatique de la veine azygos
S25.88	1997	Lésion traumatique d'autres vaisseaux sanguins précisés du thorax
S37.800	1997	Lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.808	1997	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, sans plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.810	1997	Lésion traumatique de la glande surrénale, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S37.818	1997	Lésion traumatique d'autres organes urinaires et pelviens précisés, avec plaie pénétrante de la cavité abdominale
S38.10	1997	Écrasement de la fesse
S38.18	1997	Écrasement d'autres parties précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S38.19	1997	Écrasement de parties non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
S47.+0	1997	Écrasement de la région scapulaire
S47.+8	1997	Écrasement de parties autres et non précisées de l'épaule et du bras
T31.30	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.31	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
T31.40	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.41	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
T31.50	1999	Brulures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T31.51	1999	Brulures du second degré ou plus, couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps
T68.+0	2009	Hypothermie, température corporelle égale ou inférieure à 32°C

[4] Sa définition est donnée à la suite du tableau.

T68.+8	2009	Hypothermie, température corporelle supérieure à 32°C ou non précisée
T81.30	2009	Éviscération postopératoire
T81.38	2009	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées
T85.50	2006	Complication mécanique due à un dispositif implantable périgastrique de gastroplastie pour obésité
T85.58	2006	Complication mécanique due à d'autres prothèses, implants et greffes gastro-intestinaux
T86.00	2006	Rejet d'une greffe de moelle osseuse par l'hôte
T86.01	2006	Réaction aigüe d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
T86.02	2006	Réaction chronique d'un greffon de moelle osseuse contre l'hôte
T86.09	2006	Rejet d'une greffe de moelle osseuse, SAI
T86.80	2004	Échec et rejet de greffe d'intestin
T86.81	2004	Échec et rejet de greffe de pancréas
T86.82	2004	Échec et rejet de greffe de poumon
T86.83	2004	Échec et rejet de greffe de cornée
T86.84	2004	Échec et rejet de greffe d'os
T86.85	2004	Échec et rejet de greffe de peau
T86.88	2004	Autres échecs et rejets de greffe
Z04.800	2009	Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée
Z04.801	2009	Examen et mise en observation pour poly(somno)graphie
Z04.802	2009	Examen et mise en observation pour bilan préopératoire
Z04.880	2009	Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées
Z13.50	2009	Examen spécial de dépistage des affections des yeux
Z13.51	2009	Examen spécial de dépistage des affections des oreilles
Z37.10	2011	Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.11	2011	Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.30	2011	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.31	2011	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.40	2011	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.41	2011	Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.60	2011	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.61	2011	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.70	2011	Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Z37.71	2011	Autres naissances multiples, tous mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Z39.00	2011	Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé
Z39.08	2011	Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision
Z41.80	2006	Intervention *de confort*
Z41.88	2006	Autres thérapies sans raison médicale, non classées ailleurs
Z45.80	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne urinaire ***Comprend :*** sonde urétérale *double J* ***À l'exclusion de :*** sonde (urétro)vésicale (Z46.6)

Retour sommaire

Z45.81	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne génitale ***À l'exclusion de :*** surveillance d'un dispositif contraceptif (intra-utérin) (Z30.5)
Z45.82	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse intraoculaire ***À l'exclusion de :*** mise en place et ajustement d'un œil artificiel (Z44.2)
Z45.83	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne des voies aériennes supérieures ***Comprend :*** prothèse phonatoire œsotrachéale, larynx artificiel
Z45.84	2002	Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central ***Comprend :*** dérivation du liquide cérébrospinal [liquide céphalorachidien], électrodes intracrâniennes
Z45.88	2002	Ajustement et entretien d'autres prothèses internes précisées
Z49.20	2006	Séance de dialyse péritonéale automatisée [DPA] ***Comprend :*** séance de dialyse péritonéale continue cyclique [DPCC]
Z49.21	2006	Séance de dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]
Z51.00	2000	Préparation à une radiothérapie
Z51.01	2000	Séance d'irradiation
Z51.30	2008	Séance de transfusion de produit sanguin labile
Z51.31	2008	Séance d'aphérèse sanguine
Z51.80	2006	Séance d'oxygénothérapie hyperbare
Z51.88	2006	Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
Z52.80	2012	Donneuse d'ovocytes
Z52.88	2012	Donneur d'autres organes et tissus, non classés ailleurs
~~Z74.00~~	~~2002~~	~~État grabataire~~

NB : lors de la mise à jour de la CIM–10 de 2009, l'OMS a créé une souscatégorie R26.3 *Immobilité* qui comprend l'état grabataire. L'ATIH a créé l'extension R26.30 propre à ce dernier. Les deux codes R26.30 et Z74.00 sont restés également utilisables jusqu'en 2010, l'abandon de Z74.00 et l'emploi R26.30 étant toutefois recommandés. Depuis 2011 l'utilisation de Z74.00 n'est plus possible, seul R26.30 peut être employé.

Z75.80	2000	Sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte
Z75.88	2000	Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé, non classées ailleurs
Z76.800	2011	Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire
Z76.850	2011	Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium
Z76.880	2011	Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs
Z80.00	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du tube digestif
Z80.01	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z80.02	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la rate
Z80.09	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z80.20	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z80.21	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du cœur
Z80.28	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z80.29	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z80.800	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne du système nerveux
Z80.801	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'œil
Z80.802	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la gorge et de la bouche

Retour sommaire

Z80.803	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z80.804	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne de la peau et des tissus souscutanés
Z80.805	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne des glandes endocrines
Z80.880	2009	Antécédents familiaux de tumeur maligne d'autres localisations
Z83.50	2009	Antécédents familiaux de maladies des organes de la vue
Z83.51	2009	Antécédents familiaux de maladies des organes de l'audition
Z83.70	2009	Antécédents familiaux de maladies du tube digestif
Z83.71	2009	Antécédents familiaux de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z83.72	2010	Antécédents familiaux de maladies de la bouche et des dents
Z83.79	2009	Antécédents familiaux de maladies de l'appareil digestif, sans précision
Z84.20	2009	Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil urinaire
Z84.21	2009	Antécédents familiaux d'autres maladies de l'appareil génital
Z84.22	2010	Antécédents familiaux de maladies du sein
Z84.80	2009	Antécédents familiaux de tumeur non maligne
Z84.88	2009	Antécédents familiaux d'autres affections non classées ailleurs
Z85.00	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du tube digestif
Z85.01	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du système hépatobiliaire et du pancréas
Z85.02	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la rate
Z85.09	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs, sans précision
Z85.20	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies aériennes supérieures et de l'oreille moyenne
Z85.21	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du cœur
Z85.28	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres organes intrathoraciques précisés
Z85.29	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des autres organes respiratoires et intrathoraciques, sans précision
Z85.800	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne du système nerveux
Z85.801	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de l'œil
Z85.802	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la gorge et de la bouche
Z85.803	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z85.804	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne de la peau et des tissus souscutanés
Z85.805	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne des glandes endocrines
Z85.880	2009	Antécédents personnels de tumeur maligne d'autres localisations
Z86.000	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du système nerveux
Z86.001	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du tube digestif
Z86.002	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
Z86.003	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne du sein
Z86.004	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de la peau
Z86.005	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne de la vessie
Z86.080	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne d'autres localisations
Z86.090	2009	Antécédents personnels de tumeur non maligne sans précision
Z86.60	2009	Antécédents personnels d'accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés
Z86.61	2009	Antécédents personnels d'autres maladies du système nerveux
Z86.62	2009	Antécédents personnels de maladies des organes de la vue
Z86.63	2009	Antécédents personnels de maladies des organes de l'audition

Z86.70	2009	Antécédents personnels de maladies cérébrovasculaires
Z86.71	2009	Antécédents personnels de cardiopathies ischémiques et autres maladies de l'appareil circulatoire
Z87.00	2009	Antécédents personnels de maladies des voies respiratoires supérieures
Z87.01	2009	Antécédents personnels d'autres maladies de l'appareil respiratoire
Z87.09	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil respiratoire sans précision
Z87.10	2009	Antécédents personnels de maladies de la bouche et des dents
Z87.11	2009	Antécédents personnels de maladies du tube digestif
Z87.12	2009	Antécédents personnels de maladies du système hépatobiliaire et du pancréas
Z87.19	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil digestif sans précision
Z87.40	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil urinaire
Z87.41	2009	Antécédents personnels de maladies de l'appareil génital
Z87.42	2010	Antécédents personnels de maladies du sein
Z87.80	2009	Antécédents personnels de lésion traumatique intracrânienne
Z87.81	2009	Antécédents personnels de traumatisme des membres et du bassin
Z87.82	2009	Antécédents personnels de traumatismes autres et non précisés
Z87.83	2009	Antécédents personnels d'intoxication
Z87.88	2009	Antécédents personnels d'autres états précisés
Z91.50	2007	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
Z91.58	2007	Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés
Z94.80	1997	Greffe de moelle osseuse
Z94.800	2002	Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques
~~Z94.801~~	~~2002~~	~~Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques~~

Z94.801 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques* est devenu inutilisable à partir de 2012 en raison de la création de Z94.809 *Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision* pour tenir compte de la création des extensions Z94.802, Z94.803 et Z94.804.

Z94.802	2012	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse, de cellules souches périphériques ou d'unité de sang placentaire de donneur apparenté
Z94.803	2012	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques de donneur non apparenté
Z94.804	2012	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, greffon d'unité de sang placentaire de donneur non apparenté
Z94.809		Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, autres et sans précision
Z94.81	1997	Greffe de pancréas
Z94.82	2009	Greffe d'intestin
Z94.88	1997	Greffe d'organes et de tissus, autres
Z99.1+0	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie
Z99.1+1	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal
Z99.1+8	1998	Dépendance envers un respirateur : ventilation par un autre moyen
Z99.2+0	1998	Dépendance envers une hémodialyse (rénale)
Z99.2+1	1998	Dépendance envers une dialyse péritonéale
Z99.2+8	1998	Dépendance envers une autre dialyse rénale

État grabataire – Son code est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement ». *NB* la conjonction « et » – non « ou » – qui lie les différents besoins. Le mot maladie est aussi essentiel ; il exclut les états qui correspondent transitoirement à la définition (par exemple, dans les suites d'une intervention chirurgicale), mais tels que « l'état grabataire » n'existait pas avant les soins, leur est dû, et est appelé à disparaitre dans un délai bref.

Retour sommaire

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

B

C

D

O

P

Q

R

S

T

U

V

Z



Retour sommaire

FIN DE DOCUMENT



Direction de l'information légale et administrative
26, rue Desaix - 75727 Paris cedex 15

Accueil commercial : 01 40 15 70 10

N° 2012/2 *bis*